



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Διατροφικές συνήθειες και παχυσαρκία σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική
συνδρομή και ζουν σε περιοχές της υπαίθρου των Νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.**

Θηρεσία Μανθοπούλου
Επισκέπτρια Υγείας

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Κωνσταντίνος Μπονώτης, Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής, Διευθυντής
Ψυχιατρικής Κλινικής ΠΓΝΑ Επιβλέπων Καθηγητής
Αθανάσιος Ξηρομερίτης, Ψυχίατρος MSc, PhD, Επιμελητής Α Ε.Σ.Υ Πανεπιστημιακή
Ψυχιατρική Κλινική- ΠΓΝΑ, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής
Σωκράτης Καραουλάνης, Ψυχίατρος, MSc, PhD, Επιμελητής Β Πανεπιστημιακή
Ψυχιατρική Κλινική- ΠΓΝΑ, Μέλος Τριμελούς Επιτροπή

-Λάρισα 2017-



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ
ΝΟΣΟ»



Dietary habits and obesity in patients suffering from psychotic disorders in rural areas of prefectures Ioannina - Thesprotia.

-Larissa 2017-

Ευχαριστίες

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα κύριο Κωνσταντίνο Μπονώτη, Επίκουρο καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την επίβλεψη και την καθοδήγηση του, καθ' όλη την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της διπλωματικής εργασίας

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τα άλλα δυο μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κύριο Αθανάσιο Ξηρομερίτη, Ψυχίατρο ΠΓΝΛ και τον κύριο Σωκράτη Καραουλάνη, Ψυχίατρο ΠΓΝΛ που δέχτηκαν να είναι μέλη της τριμελούς επιτροπής.

Τα ειλικρινή μου ευχαριστώ στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, που χωρίς την συγκατάθεση τους να συμμετάσχουν, αυτή η έρευνα δεν θα είχε πραγματοποιηθεί.

Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στους συναδέλφους μου από την Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, που γενναιόδωρα μου πρόσφεραν την υποστήριξη και την βοήθεια τους σε όλη την διαδικασία συλλογής των δεδομένων.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες θα ήθελα να απευθύνω στον κύριο Βάιο Περιτογιάννη, Ψυχίατρο της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας για τις ουσιαστικές παρεμβάσεις του κατά την διάρκεια της εκπόνησης αυτής της μελέτης.

Ευχαριστώ θερμά τον κύριο Φώτιο Παπαγεωργίου, Μαθηματικός του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων και Μεταπτυχιακός Φοιτητής του Πανεπιστημίου Bielefeld, για την πολύτιμη βοήθεια που μου πρόσφερε σε ζητήματα στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων της παρούσας μελέτης.

Επίσης, πολλά ευχαριστώ θα ήθελα να δώσω στην κυρία Αντουανέτα Πότση, Λέκτορα του Πανεπιστημίου Bielefeld, για το μοίρασμα των σκέψεων της και την απεριόριστη υποστήριξη που μου παρείχε στην παρούσα μελέτη.

Και τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τον σύζυγο μου και την μητέρα μου για την διαρκή υποστήριξη τους καθ' όλη την περίοδο της εκπόνησης της διπλωματικής μου εργασίας.

Περίληψη

Τα άτομα που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή εμφανίζουν υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας, σωματικής νοσηρότητας και θνησιμότητας συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Η παρούσα συγχρονική μελέτη διεξήχθη με σκοπό να εξετάσει την σχέση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών, του επιπολασμού της παχυσαρκίας και της εμφάνισης σωματικής νοσηρότητας σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή και ζουν σε περιοχές της υπαίθρου των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.

Μέσα από ατομικές συνεντεύξεις καταγράφηκαν κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, πληροφορίες από το ψυχιατρικό και το ιατρικό ιστορικό των ασθενών και εφαρμόστηκαν δύο κλίμακες προκειμένου να αξιολογηθούν οι Διατροφικές Συνήθειες Dietary Instrument for Nutrition Education (DINE) Questionnaire και η Ποιότητας Ζωής Quality of life Questionnaire II Moorehead-Ardelt των ασθενών αυτών.

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 55 ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο, ηλικίας 18-72 ετών εκ των οποίων οι 41(75%) ήταν άνδρες και οι 14 (25%) γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 51,5 έτη και με μέση διάρκεια νόσου τα 25,1 έτη.

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι 38,2%(21 άτομα) του δείγματος ήταν παχύσαρκοι με ΔΜΣ <30Kg/m², το 32,7% (16 άτομα) ήταν υπέρβαροι και το 29,1%(16/55) είχε φυσιολογικό σωματικό βάρος. Η πλειοψηφία του δείγματος λάμβανε αντιψυχωτική αγωγή δεύτερης γενιάς σε ποσοστό 80%. Ως προς τις διατροφικές συνήθειες το 96.4% (53/55)του δείγματος παρουσίασε χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών, το 40% (22/55) υψηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών και το 92,8% (51/55) υψηλή κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών. Τα ποσοστά σωματικής νοσηρότητας του δείγματος ανέρχονταν: στο 58,2% χωρίς σωματικό νόσημα, το 21,8% εμφάνιζε τουλάχιστον μια νοσολογική οντότητα, το 14,5% εμφάνιζε δύο σωματικά νοσήματα και το μόλις 5,5% πληρούσε τα κριτήρια για Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ). Ο μέσος όρος του ΔΜΣ των γυναικών εμφανίζεται στατιστικά σημαντικά υψηλότερος σε σχέση με των ανδρών. Και τέλος, το 69.1% του δείγματος εμφανίζει χαμηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής.

Η παρούσα μελέτη, μια από τις πρώτες στην Ελλάδα που διερευνά το θέμα της παχυσαρκίας, της σωματικής νοσηρότητας και των διατροφικών συνηθειών των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή.

Λέξεις κλειδιά: διατροφικές συνήθειες, παχυσαρκία, ψυχωτικές διαταραχές, μεταβολικό σύνδρομο, ποιότητα ζωή

Abstract

People suffering from psychotic disorders show increased ratings in physical morbidity and mortality in comparison to the general population.

The present study was conducted to examine the relation among the dietary habits, the prevalence of obesity and the occurrence of physical morbidity in patients who suffer from psychotic disorders in rural regions of the prefectures of Ioannina- Thesprotia.

Socio-demographic data as well as information from the psychiatric and medical background were recorded through individual interviews, and two scales were applied to evaluate the Quality of Life (Quality of life Questionnaire II Moorehead-Ardelt) and the Dietary Habits (Dietary Instrument for Nutrition Education (DINE) Questionnaire) of these patients.

The sample used in this study consisted of 55 patients who suffered from psychotic disorder, between the ages of 18-72, 41(75%) were male and 14(25%) were female, the average age being 51.5 years and the average duration of the disease was 25.1 years. Of these 38.2% (21 patients) were obese with a BMI $< 30\text{Kg/m}^2$, 32.7% (16 patients) were overweight and 29.1% had normal body weight. A majority of the sample 80%, was treated with second generation medications. With reference to the dietary habits, 96.4% (53/55) of the sample showed low intake of fibre content, 40% (22/55) showed high intake of saturated fats and 92.8% (51/55) high intake of unsaturated fats. The rates concerning physical morbidity are: 58.2% was without any physical disease, 21.8% showed at least one disease, 14,5% showed two physical diseases and only 5.5% filled the criteria for Metabolic Syndrome (MS). The average BMI of women was, statistically significantly higher compared to men's. The majority of the sample (69,1%) exhibited low levels of Quality of Life.

This study is one of the first in Greece to canvass the topic of obesity, physical morbidity and the dietary habits of people who suffer from psychotic disorders.

Keywords : dietary habits, obesity, psychotic disorders, metabolic syndrome, quality of life

Περιεχόμενα

Γενικό Μέρος

Ευχαριστίες	3
Περίληψη	4
Abstract	5
Περιεχόμενα	6
Κατάλογος Πινάκων	7
Κατάλογος Γραφημάτων	8
Εισαγωγή	9

Κεφάλαιο 1^ο Σωματική Νοσηρότητα στην Ψύχωση

1.1 Γενικά χαρακτηριστικά ασθενών που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή	10
1.2 Σωματική Νοσηρότητα	11
1.3 Παχυσαρκία και Ψυχωτικές Διαταραχές	12
1.3.1 Γενετικοί παράγοντες	13
1.3.2 Ο τρόπος ζωής	14
1.3.3 Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών	15
1.3.4 Αρνητική Συμπτωματολογία και Γνωστική Διαταραχή της Νόσου	16
1.3.5 Ο αποκλεισμός των ασθενών από Σύστημα Υγείας	16
1.3.6 Φαρμακευτικοί παράγοντες	16-17
1.3.7 Φαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση αύξησης βάρους	17-18
1.3.8 Μη Φαρμακολογικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση αύξησης βάρους	18-19
1.4 Μεταβολικό Σύνδρομο στις Ψυχωτικές Διαταραχές	19-20
1.5 Ποιότητα Ζωής και Παχυσαρκία σε ασθενείς με Σοβαρή Ψυχική Νόσο	21-22

Κεφάλαιο 2^ο Η Διατροφή στην Ψύχωση

2.1 Διατροφικές συνήθειες σε ασθενείς που πάσχουν από Ψυχωτική Συνδρομή	23-24
2.1.2 Αξιολόγηση διατροφικού προφίλ	24-25
2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών	25-26

2.1.4 Διατροφικές συνήθειες και Μεταβολικές Διαταραχές	26-27
2.1.5 Ο ρόλος του καπνίσματος σε σχέση με τις μη υγιεινές διατροφικές συνήθειες των ασθενών	28
2.1.6 Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και Διατροφικές Συνήθειες	28-29
2.1.7 Αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή και Διατροφικές Συνήθειες	29
2.2 Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας	30

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Σημασία μελέτης	31
3.2 Σκοπός μελέτης	32
3.3 Υποθέσεις της μελέτης	32

Κεφάλαιο 4^ο

4.1 Επιλογή του δείγματος	33
4.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων	34
4.3 Κλινική εκτίμηση	35
4.4 Στατιστική ανάλυση	42

Κεφάλαιο 5^ο

Ερευνητικά αποτελέσματα	43
-------------------------	----

Κεφάλαιο 6^ο

Συζήτηση	54
Συμπεράσματα	58
Βιβλιογραφία	60
Παράρτημα	66

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Ταξινόμηση του Δείκτη Μάζας Σώματος

Πίνακας 2. Άτυπα αντιψυχωτικά και μεταβολικές παρενέργειες

Πίνακας 3. Κριτήρια για διάγνωση του Μεταβολικού Συνδρόμου

Πίνακας 4. Ηλικίες του δείγματος της μελέτης

Πίνακας 5. Κωμοπόλεις και πληθυσμός των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας

Πίνακας 6 Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα του δείγματος

Πίνακας 7. Κλινικά δεδομένα του δείγματος

Πίνακας 8. Κλίμακα αξιολόγησης των Διατροφικών Συνηθειών DINE (Dietary Instrument for Nutrition Education)

Πίνακας 9. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής Αυτοεκτίμησης και Επιπέδου Δραστηριότητας των Moorehead -Ardelt

Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος με βάση τον ΔΜΣ ως προς το φύλο.

Πίνακας 11. Διατροφικές συνήθειες ανά φύλο (n=55)

Πίνακας 12. Διατροφικές συνήθειες με βάση τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα

Πίνακας 13. Δείκτης Μάζας Σώματος σε σχέση με το είδος αντιψυχωτικής αγωγής

Πίνακας 14. Αποτελέσματα της ΠΖ με βάση την κλίμακα Moorehead- Ardel Questionnaire II

Πίνακας 15. Ταξινόμηση με βάση τις κατηγορίες της κλίμακας Moorehead- Ardel Questionnaire II.

Κατάλογος Γραφημάτων

Διάγραμμα 1. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το Φύλο

Διάγραμμα 2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος

Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση

Διάγραμμα 4. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το Επίπεδο εκπαίδευσης

Διάγραμμα 5. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την Επαγγελματική κατάσταση

Διάγραμμα 6. Οικονομική κατάσταση

Διάγραμμα 7. Τόπος διαμονής

Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση τον Τρόπο ζωής

Διάγραμμα 9. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος

Διάγραμμα 10. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το Είδος της αντιψυχωτικής αγωγής

Διάγραμμα 11. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την Σωματική Νοσηρότητα

Διάγραμμα 12. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την Διάρκεια νόσου

Διάγραμμα 13. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το Κάπνισμα

Εισαγωγή

Οι ψυχικές διαταραχές, όπως οι παθήσεις του σχιζοφρενικού φάσματος, συχνά έχουν χρόνια πορεία και προκαλούν μεγάλη νοσηρότητα και επιβάρυνση στους ασθενείς, στις οικογένειες και στο σύστημα υγείας [1].

Σύμφωνα με αποτελέσματα επιδημιολογικών μελετών, τα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν 2-3 φορές αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών αυτών είναι μειωμένο κατά 20% ή περίπου κατά 15 έτη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, κυρίως λόγω της πρόωρης εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου [2].

Το σημαντικά χαμηλότερο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών αυτών μπορεί να αποδοθεί τόσο σε φυσικά αίτια όπως καρδιαγγειακή νόσος, αναπνευστικά νοσήματα, καρκίνος, άρνηση λήψης θεραπείας για ιατρική νόσο, παρενέργειες αντιψυχωτικής αγωγής, μη υγιεινός τρόπος ζωής όσο και σε τραυματισμούς και αυτοκτονία[2,3]. Η θνησιμότητα των ψυχωτικών διαταραχών από φυσικά αίτια ανέρχεται στο 60% και αντίστοιχα στο 40% από μη φυσικά αίτια [4].

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την αιτία θανάτου σε 75% των ατόμων με ψύχωση σε σύγκριση με το 50% του γενικού πληθυσμού [5].

Οι ψυχωτικές διαταραχές σχετίζονται με υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας. Παράγοντες που εμπλέκονται στην πρόκληση σωματικής νοσηρότητας είναι: βιολογικοί και περιβαλλοντικοί όπως η παχυσαρκία, ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η αρνητική συμπτωματολογία της νόσου και τέλος ο αποκλεισμός των ασθενών από το σύστημα υγείας. Ορισμένα από τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς φαίνεται να ευθύνονται για την πρόκληση παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου[6].

Η υψηλή συχνότητα της παχυσαρκίας σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια απασχόλησε ιδιαίτερα την ερευνητική κοινότητα και αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης. Όπως αποδείχθηκε από πλήθος μελετών που διεξήχθησαν σε ανεπτυγμένες χώρες το πρόβλημα της παχυσαρκίας είναι εντονότερο στον πληθυσμό αυτό σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για μια παθολογική κατάσταση που απαντάται σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή (από 46% έως 79%)[8] και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πλήθος σοβαρών νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, μεταβολικό σύνδρομο, σακχαρώδη διαβήτη και διάφορες μορφές καρκίνου [2]. Πολλές σχετικές μελέτες καταδεικνύουν την αρνητική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών[9].

Ως προς την διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια, υπάρχουν περιορισμένα ερευνητικά δεδομένα που έχουν εξετάσει συστηματικά την διατροφή αυτών.

Ευρήματα προηγούμενων μελετών δείχνουν ότι η διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται κυρίως από υψηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων και χαμηλή σε περιεκτικότητα φυτικών ινών και βιταμινών σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες [10]. Μια τέτοια

διατροφή είναι πιο πιθανό να αυξήσει τον κίνδυνο πρόκλησης παχυσαρκίας και μεταβολικών ανωμαλιών.

Συνοψίζοντας, με βάση τα ως τώρα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα λίγες μόνο μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες που φαίνεται να μπορούν να επηρεάσουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, τα ευρήματα των οποίων δείχνουν να βρίσκονται σε ασυμφωνία. Κρίνεται λοιπόν σκόπιμο, η διεξαγωγή περαιτέρω μελετών ώστε να διευκρινιστούν τα αίτια της κακής διατροφής και ο ρόλος της διατροφικής παρέμβασης, προκειμένου να βελτιωθεί η σωματική υγεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή[10]. Επιπρόσθετα, η μελλοντική διερεύνηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων παρέμβασης για την βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των ατόμων αυτών κρίνεται αναγκαία.

Στον ελλαδικό χώρο από όσο γνωρίζουμε, η μελέτη των διατροφικών συνηθειών σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή δεν έχει αποτελέσει ως τώρα αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος.

Το βιβλιογραφικό αυτό κενό λοιπόν, έρχεται να συμπληρώσει η παρούσα μελέτη, η οποία διεξήχθη με σκοπό την εκτίμηση των διατροφικών συνηθειών σε σχέση με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή και ζουν σε περιοχές της υπαίθρου των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο Σωματική Νοσηρότητα στην Ψύχωση

1.1 Γενικά χαρακτηριστικά των ασθενών που πάσχουν από Ψυχωτική συνδρομή

Η ψυχωτική διαταραχή όπως η σχιζοφρένεια και οι συναφείς ψυχώσεις είναι μια σοβαρή, υποτροπιάζουσα και χρόνια νόσος η οποία σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έχει καταχθεί μεταξύ των 10 σημαντικότερων αιτίων αναπηρίας παγκοσμίως [11].

Ο υπολογιζόμενος σχετικός κίνδυνος των ψυχωτικής συνδρομής είναι 1% για τον γενικό πληθυσμό και η μέγιστη επίπτωση παρατηρείται μεταξύ 15 και 24 ετών[11].

Η ηλικία έναρξης της νόσου ποικίλει μεταξύ ανδρών και γυναικών, οι άνδρες έχουν μικρότερη ηλικία εμφάνισης της νόσου και οι γυναίκες εμφανίζουν μια δεύτερη κορύφωση της εμφάνισης της νόσου μετεμμηνοπαυσιακά μεταξύ 55 και 64ετών. Οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερο δια βίου κίνδυνο εμφάνισης της νόσου κατά περίπου 30-40% συγκριτικά με τις γυναίκες [12]

Περίπου το 40% των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή βρίσκονται εκτός φροντίδας είτε μόνιμα, είτε για μεγάλα χρονικά διαστήματα κατά τα οποία εμφανίζουν σοβαρά συμπτώματα [11]

Χαρακτηρίζεται από μια διαστρέβλωση της εσωτερικής με την εξωτερική πραγματικότητα του ατόμου που νοσεί. Τα συμπτώματα της νόσου χωρίζονται σε θετικά, αρνητικά και γνωστικές διαταραχές.

Τα θετικά συμπτώματα περιλαμβάνουν παραληρητικές ιδέες, ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη και συμπεριφορά. Ενώ τα αρνητικά συμπτώματα αποτελούνται από κοινωνική απόσυρση-απομόνωση, άμβλυνση του συναισθήματος, έλλειψη συγκέντρωσης, ανηδονία, διαταραχές ομιλίας(φτωχός λόγος και περιεχόμενο), απάθεια, κλινοφιλία και μειωμένη βούληση [13].

Τα γνωστικά ελλείμματα στην ψύχωση οδηγούν σε προβλήματα στην μάθηση, αδυναμία επίλυσης προβλημάτων, θέσπισης προτεραιοτήτων, σχεδιασμού και εκτέλεσης πράξεων. Πολλά από τα συμπτώματα της γνωστικής λειτουργίας εμπλέκονται με τα θετικά και τα αρνητικά συμπτώματα, όπως η αποδιοργανωμένη σκέψη και οι διαταραχές ομιλίας[14].

Οι σύγχρονες απόψεις για την θεραπεία των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή συμφωνούν στην ανάγκη συνδυασμού της φαρμακοθεραπείας με ψυχοθεραπευτικές τεχνικές καθώς και με την κατάλληλη εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες. Η αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, στη διαχείριση και στην πρόληψη των υποτροπών. Οι ασθενείς που βρίσκονται χωρίς θεραπεία παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας και αυτοκτονιών, περισσότερες νοσηλείες και η έκβαση της νόσου είναι χειρότερη με μεγαλύτερη γνωστική και λειτουργική έκπτωση [15].

1.2 Σωματική νοσηρότητα

Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή είναι πολύ πιθανό να εμφανίζουν υψηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας, κυρίως από σακχαρώδη διαβήτη, δυσλιπιδαιμία, μεταβολικό σύνδρομο και καρδιαγγειακά νοσήματα και αυτό έχει ως αποτέλεσμα το προσδόκιμο επιβίωσης να είναι μειωμένο κατά 20% ή περίπου 15 χρόνια σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [1].

Η θνησιμότητα από όλα τα αίτια στον πληθυσμό αυτό είναι 1,5 με 4 φορές υψηλότερη από την αντίστοιχη του γενικού πληθυσμού, ενώ η θνησιμότητα από φυσικά αίτια είναι διπλάσια από την αναμενόμενη [17].

Τα τελευταία χρόνια η ψυχιατρική επιστημονική κοινότητα έχει ευαισθητοποιηθεί στο ζήτημα της σωματικής νοσηρότητας στην ψύχωση, έχουν διεξαχθεί πλήθος μελετών και υπάρχει πια μια πλούσια βιβλιογραφία πάνω στο θέμα.

Οι πιο κοινές σωματικές διαταραχές και ασθένειες που εμφανίζονται σε άτομα με ψυχικές ασθένειες είναι : η παχυσαρκία, το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ), ο διαβήτης τύπου 2, η καρδιαγγειακή νόσος (CVD), η στεφανιαία νόσος (CHD) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια[18].

Σε μια μετα-ανάλυση που συμπεριέλαβε 37 μελέτες από 25 διαφορετικές χώρες βρέθηκε ότι ασθενείς αυτοί έχουν 2-3 φορές υψηλότερη θνησιμότητα από το γενικό πληθυσμό με την διαφορά να παρουσιάζει αυξητικές τάσεις κατά τα τελευταία τριάντα χρόνια [2].

Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την αιτία θανάτου σε 75% των ατόμων με ψύχωση σε σύγκριση με το 50% του γενικού πληθυσμού [7].

Παράγοντες που εμπλέκονται στην πρόκληση σωματικής νοσηρότητας στους ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι: βιολογικοί και περιβαλλοντικοί, όπως η παχυσαρκία, ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών, η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, η αρνητική συμπτωματολογία της νόσου και τέλος ο αποκλεισμός των ασθενών από το σύστημα υγείας[6] στους οποίους θα αναφερθούμε διεξοδικά παρακάτω.

Άλλες σωματικές νοσολογικές οντότητες που απαντώνται στους ασθενείς αυτούς είναι : οι λοιμώξεις από τον ιό HIV και τον ιό της ηπατίτιδας C (HCV), με αναφερόμενα ποσοστά 8 φορές μεγαλύτερα από το γενικό πληθυσμό. Η πολυδιψία, θεωρείται μέρος της συμπτωματολογίας της σχιζοφρένειας και μπορεί να οδηγήσει σε υπονατριαιμία με δυσμενείς συνέπειες για την ζωή των ασθενών [17].

Και τέλος, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) φαίνεται να έχει αρνητική συσχέτιση με τις ψυχωτικές διαταραχές. Η συχνότητα εμφάνισης της είναι 0,09% στους σχιζοφρενείς ασθενείς, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από το 1% του γενικού πληθυσμού [19].

1.3 Παχυσαρκία και Ψυχωτικές διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «υπέρβαρο» και «παχυσαρκία» ορίζεται η μη φυσιολογική ή η υπερβολική συσσώρευση σωματικού λίπους που μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς την υγεία ενός ατόμου.

Η παχυσαρκία αποτελεί σε πολλές χώρες του κόσμου, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες, ένα σημαντικό πρόβλημα που αποκτά χαρακτηριστικά σύγχρονης επιδημίας. Περισσότεροι από το 30% των κατοίκων στις ανεπτυγμένες χώρες είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι.

Με στοιχεία από τον WHO από το 1980 ως σήμερα το ποσοστό παχυσαρκίας έχει διπλασιαστεί. Το 2014 πάνω από 1,9 δις ενήλικες άνω των 18 ετών παγκοσμίως χαρακτηρίστηκαν ως υπέρβαροι, και πάνω από 600 εκ. ως παχύσαρκοι.

Ένας κοινά αποδεκτός και ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης για την αξιολόγηση του υπέρβαρου και της παχυσαρκίας ενηλίκων είναι ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ο οποίος ορίζεται ως: $\Delta\text{Μ}\Sigma = \text{Βάρος (κιλά)} / \text{Ύψος(μέτρα)}^2$ [20]

Πίνακας 1. Ταξινόμηση του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) [20]

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	BMI kg/m ²	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΥΝ-ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ *	
		Περίμετρος Μέσης	
		≤102 cm (άνδρες) ≤88 cm (γυναίκες)	>102 cm (άνδρες) >88 cm (γυναίκες)
Ισχνός (αδύνατος)	<18.5		
Φυσιολογικού βάρους	18.5 – 24.9		
Υπέρβαρος	25.0 – 29.9	Αυξημένος	Υψηλός
Ήπια Παχύσαρκος	30.0 – 34.9	Υψηλός	Πολύ υψηλός
Μέτρια Παχύσαρκος	35.0 – 39.9	Πολύ υψηλός	Πολύ υψηλός
Σοβαρά Παχύσαρκος	>40.0	Πάρα πολύ υψηλός	Πάρα πολύ υψηλός

The Practical Guide, Identification, Evaluation and Treatment of Overweight and Obesity in Adults, 2000

Είναι μια παθολογική κατάσταση που απαντάται σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για πλήθος σοβαρών νοσημάτων, όπως καρδιαγγειακά και αναπνευστικά νοσήματα, μεταβολικό σύνδρομο, σακχαρώδη διαβήτη και διάφορες μορφές καρκίνου[20]

Η υψηλή συχνότητα της παχυσαρκίας στον πληθυσμό αυτόν απασχόλησε αρκετά την ερευνητική κοινότητα και αποτέλεσε αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια έχει αναφερθεί να είναι από 1.5 έως 4 φορές υψηλότερος από τον γενικό πληθυσμό [21].

Τα άτομα αυτά είναι πιθανότερο να είναι υπέρβαρα και παχύσαρκα σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Τα ευρήματα τεσσάρων εθνικών μελετών που εξέτασαν τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και άλλων καρδιολογικών μεταβολών σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή, οι οποίες

διεξήχθησαν στην Αυστραλία, στη Βόρεια Αμερική και στην ηπειρωτική Ευρώπη, έδειξαν ότι το ποσοστό των ατόμων που ταξινομούνται ως υπέρβαροι ή παχύσαρκα σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος (υπέρβαροι = $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg / m}^2$, Παχύσαρκοι = $\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg / m}^2$) κυμαίνεται από 46% έως 79% [8].

Μια ακόμη διαπίστωση των μελετών αυτών είναι ότι στον πληθυσμό αυτόν, τα καρδιαγγειακά νοσήματα και η σωματική νοσηρότητα κάνουν την εμφάνισή τους σε νεαρή ηλικία (22-44ετών).

. Επίσης, ένα άλλο εύρημα που αναφέρεται σε αρκετές μελέτες είναι ότι το γυναικείο φύλο συγκριτικά με το ανδρικό τείνει να εμφανίζει πιο αυξημένο Δείκτη Μάζας Σώματος. [8]

Οι ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο να είναι υπέρβαροι και παχύσαρκοι, λόγω γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, η καθιστική ζωή, οι παρενέργειες της αντιψυχωτικής αγωγής, η αρνητική συμπτωματολογία και οι γνωστικές διαταραχές της νόσου[16]. Η αιτιολογία της παχυσαρκίας φαίνεται να είναι πολύπλοκη και πολυπαραγοντική, παρακάτω θα γίνει αναφορά στους παράγοντες που εμπλέκονται στην πρόκληση της, σε άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια [21,17].

1.3.1 Γενετικοί Παράγοντες

Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει γονιδιακή συσχέτιση ανάμεσα στις ψυχωτικές διαταραχές και στην ανάπτυξη διαβήτη, ωστόσο οριστικά συμπεράσματα δε μπορούν να διατυπωθούν. Η συνύπαρξη περιβαλλοντικών παραγόντων που εμπλέκονται στην παθογένεια του διαβήτη, όπως η παχυσαρκία δυσχεραίνει την αξιολόγηση των ευρημάτων των γενετικών μελετών [8]

Σε μια προσπάθεια να δοθεί μια εξήγηση στη σχέση μεταξύ παχυσαρκίας και σχιζοφρένειας οι Holt και Peveler (2009) διερεύνησαν τις διαδικασίες που επηρεάζουν την διέγερση της όρεξης και του κορεσμού σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι "η ανάπτυξη της παχυσαρκίας στα άτομα αυτά είναι αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης του γονότυπου και του περιβάλλοντος του ατόμου με ψυχική ασθένεια"[8].

Σαφώς και η πιθανότητα αυτής της συσχέτισης έχει μεγάλο ενδιαφέρον στην κατανόηση των διαταραχών αυτών, ωστόσο οι γενετικοί παράγοντες δεν επιδέχονται τροποποιήσεις, ενώ αντίθετα πλήθος άλλων παραγόντων που συμβάλουν στην πρόκληση σωματικής νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι τροποποιήσιμοι[16], όπως θα αναλύσουμε στην συνέχεια.

1.3.2 Ο τρόπος ζωής

Ο μη υγιεινός τρόπος ζωής των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή περιλαμβάνει κακές διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, αυξημένη χρήση ουσιών, μειωμένη σωματική δραστηριότητα και καθιστική ζωή.

Οι διατροφικές συνήθειες και το επίπεδο της σωματικής δραστηριότητας είναι σημαντικοί παράγοντες καθώς συμβάλλουν στο ενεργειακό ισοζύγιο και στην ανάπτυξη της παχυσαρκίας [16]

Σε μια μελέτη, όπου αξιολόγησαν τον τρόπο ζωής 102 ασθενών με σχιζοφρένεια, βρήκαν ότι καταναλώναν τροφές πλούσιες σε κορεσμένα λίπη και χαμηλές σε φυτικές ίνες, το 70% κάπνιζαν και το 70% βρέθηκε ότι ήταν υπέρβαροι και παχύσαρκοι [16].

Πολλές μελέτες αναφέρουν χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας στους ασθενείς αυτούς συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό και ακόμη επισημαίνουν ότι η μόνη μορφή σωματικής δραστηριότητας που έχουν είναι το περπάτημα [16].

Επιπρόσθετα, τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής λειτουργικότητας που εμφανίζουν, ενισχύουν την καθιστική συμπεριφορά και την μειωμένη σωματική δραστηριότητα.

Ο επιπολασμός του καπνίσματος σε άτομα με σχιζοφρένεια βρέθηκε να είναι κατά 5,3 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 58% έως 90% σε δυτικές χώρες, σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση 42 μελετών[22] και 45% σε δείγματα ασθενών που διαμένουν στην κοινότητα και αυτό να τους καθιστά περισσότερο ευάλωτους σε νοσήματα που σχετίζονται με το κάπνισμα όπως τα καρδιαγγειακά, αναπνευστικά νοσήματα και καρκίνο του πνεύμονα [23].

Σχετικά με την αυξημένη επίπτωση του καπνίσματος στα άτομα που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή έχουν διατυπωθεί τρεις πιθανές υποθέσεις: i) το κάπνισμα είναι μια μορφή αυτοθεραπείας των γνωστικών ελλειμμάτων που αποτελούν βασικό σύμπτωμα της νόσου ii) η δυσλειτουργία των συστημάτων ανταμοιβής του εγκεφάλου τους, τους καθιστά ευάλωτους στο κάπνισμα και στην χρήση άλλων ουσιών και iii) υπάρχουν κοινοί γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες που σχετίζονται με το κάπνισμα και τη σχιζοφρένεια [16].

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το κάπνισμα μπορεί να μειώσει τα επίπεδα ορισμένων αντιψυχωτικών φαρμάκων (κυρίως της κλοζαπίνης και της ολανζαπίνης) αυξάνοντας τον μεταβολισμό τους μέσω της επαγωγής του ισοενζύμου CYP1A2 του κυτοχρώματος P450 και να επηρεάσει δυσμενώς τη συμπεριφορά των ασθενών και την έκβαση της νόσου [16].

1.3.3 Κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών

Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες έχουν διεξαχθεί κατά την τελευταία 20 ετία, οι οποίες έχουν διαπιστώσει υψηλά ποσοστά κατάχρησης ουσιών και αλκοόλ σε ασθενείς που πάσχουν από

σχιζοφρένεια και συναφείς ψυχώσεις. Η συνοσηρότητα σχιζοφρένειας και κατάχρησης αλκοόλ είναι συχνή, με ποσοστό εμφάνισης στους ασθενείς μεταξύ 35% έως 80% [24].

Περίπου το 50% των ασθενών αναμένεται να αναπτύξουν κάποια διαταραχή καταχρήσης ουσιών στην ζωή τους, ενώ ανά πάσα στιγμή 1 στους 4 εμφανίζει κατάχρηση ή εξάρτηση .

Η κατάχρηση ουσιών φαίνεται να είναι αναπόσπαστο μέρος της νευροβιολογίας της σχιζοφρένειας και κάνει την εμφάνισή της από τα πρόδρομα στάδια της νόσου χωρίς να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι αναπτύσσεται στα πλαίσια αυτοθεραπείας των ασθενών για τα συμπτώματά τους [25].

Η κατάχρηση ουσιών από ασθενείς με σοβαρή ψυχική διαταραχή συνδέεται με κακή έκβαση της νόσου, επιδείνωση των ψυχωτικών συμπτωμάτων, συχνότερες υποτροπές, μειωμένη ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, ελλιπή συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή, πιο συχνή χρήση υπηρεσιών υγείας και αυξημένη συχνότητα πράξεων βίας και αυτοκτονιών [26].

1.3.4 Αρνητική Συμπτωματολογία και Γνωστική διαταραχή της νόσου

Λόγω των συμπτωμάτων της ψυχωτικής διαταραχής και κυρίως της αρνητικής συμπτωματολογίας (απόσυρση, απάθεια, μειωμένη βούληση, κλινοφιλία κλπ) είναι κυρίαρχη στους χρόνιους ασθενείς και συνιστά εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών συνηθειών και στην επαφή των ασθενών με το σύστημα υγείας [27]

Τα γνωστικά ελλείμματα (αδυναμία επίλυσης προβλημάτων, θέσπισης προτεραιοτήτων, σχεδιασμού και εκτέλεσης πράξεων) παρεμποδίζουν τους ασθενείς να ασχοληθούν με την σωματική τους υγεία, με αποτέλεσμα να παραμελούν την υγεία τους ή να υποτιμούν τους κινδύνους και να είναι απρόθυμοι ή να δυσκολεύονται να υποβληθούν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο και να ακολουθήσουν οδηγίες πρόληψης ή προτεινόμενες θεραπείες για ήδη διαπιστωμένα σωματικά νοσήματα [28].

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να τους εμποδίσουν να εκφράσουν ή να περιγράψουν τα σωματικά τους ενοχλήματα με αποτέλεσμα να μη γίνονται αντιληπτοί από τους ιατρούς, αυξάνοντας με αυτό τον τρόπο τον κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακών παθήσεων και πρόωρου θανάτου [29].

1.3.5 Ο αποκλεισμός των ασθενών από το σύστημα υγείας

Πολλές φορές η λειτουργία του συστήματος υγείας φαίνεται να δυσχεραίνει τη χρησιμοποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή. Κυρίως λόγω της συμπτωματολογίας τους, είναι δύσκολο να κινηθούν μέσα σε ένα περίπλοκο και γραφειοκρατικό σύστημα [29]

Επιπρόσθετα, κοινωνικοοικονομικοί και γεωγραφικοί παράγοντες σε συνδυασμό με την αρνητική συμπτωματολογία της νόσου, φαίνεται να κάνουν την πρόσβαση των ασθενών στο σύστημα υγείας πιο δύσκολη[28].

Άλλοι παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς είναι :

- Δυσκολία των ασθενών να περιγράψουν τα σωματικά τους ενοχλήματα
- Δυσκολία στην κατανόηση και στην εφαρμογή των οδηγιών ατομικής φροντίδας και αλλαγής τρόπου ζωής από τους ασθενείς
- Άγνοια σχετικά με τα σωματικά νοσήματα εξαιτίας των διαταραχών της γνωστικής λειτουργίας, που αποτελούν μέρος της ψυχιατρικής συμπτωματολογίας
- Κακή γενική συμμόρφωση με τη θεραπεία

Επιπλέον, ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι ο ρόλος του στίγματος της ψυχικής νόσου το οποίο αποτρέπει τους ασθενείς να επισκεφθούν γιατρούς για τα παθολογικά τους ζητήματα[28].

1.3.6 Φαρμακευτικοί Παράγοντες

Τα αντιψυχωτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας και άλλων ψυχωτικών καταστάσεων. Υπάρχουν δύο κατηγορίες φαρμάκων (1ης γενιάς φάρμακα ή κλασσικά αντιψυχωτικά και 2ης γενιάς ή άτυπα αντιψυχωτικά φάρμακα. Και οι δύο κατηγορίες αντιψυχωτικών έχουν κοινό μηχανισμό δράσης, μπλοκάρουν τους D₂ υποδοχείς της ντοπαμίνης στο ΚΝΣ [30]. Τα άτυπα έχουν αντικαταστήσει σε μεγάλο βαθμό τα κλασσικά αντιψυχωτικά. Διαφέρουν ως προς τον βαθμό εμφάνισης παρενεργειών και την πρόκληση μεταβολικών διαταραχών [31].

Πλεονεκτούν στις πολύ λιγότερες παρενέργειες από το εξωπυραμιδικό σύστημα και στην πιθανότητα πρόκλησης όψιμης δυσκινησίας (ακούσιες, χορειοαθετωσικές κινήσεις των χειλιών, των μυών του προσώπου, των άκρων και του κορμού) [32].

Παρά τα αναμφισβήτητα πλεονεκτήματά τους, πολυάριθμες μελέτες αναφέρουν ότι η χρήση τους σχετίζεται με σημαντική αύξηση βάρους και πρόκλησης μεταβολικών ανωμαλιών (αντίσταση στην ινσουλίνη και σακχαρώδη διαβήτη, δυσλιπιδαιμία και αρτηριακή υπέρταση) [33].

Δυστυχώς, σε ένα 40% με 80% των ατόμων ψυχωτική διαταραχή, μπορεί να προκληθεί αύξηση βάρους έως και 20%. Επίσης, η αύξηση βάρους μπορεί να συνδέεται και με τη χρήση άλλων ψυχιατρικών φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των σταθεροποιητών της διάθεσης και των αντικαταθλιπτικών [34].

Η αύξηση του βάρους συμβαίνει συνήθως μέσα στις πρώτες 12 εβδομάδες της θεραπείας, ενώ μεγαλύτερη αύξηση σημειώνεται κατά τις πρώτες εβδομάδες. Σε μια πρόσφατη μετα-ανάλυση βρέθηκε ότι ο μέσος όρος αύξησης βάρους ανέρχεται στα 2-9 kg [18].

Υπάρχουν ενδείξεις ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα δεύτερης γενιάς, όπως η ολανζαπίνη, αυξάνει την όρεξη και προκαλεί υπέρμετρη κατανάλωση φαγητού, αν και οι μηχανισμοί με τους οποίους συμβαίνει αυτό δεν είναι πλήρως κατανοητοί οι μελέτες έχουν δείξει αυξημένα επίπεδα γκρελίνης στον ορό του αίματος[8,36].

Σε μια πρόσφατη μελέτη βρέθηκε ότι ασθενείς οι οποίοι τείνουν να είναι πιο ευάλωτοι στην αύξηση βάρους είναι εκείνοι με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, οι οποίοι δεν είχαν προηγούμενη έκθεση σε αντιψυχωτικά φάρμακα και εκείνοι που είχαν χαμηλότερο ΔΜΣ.

Στην ίδια μελέτη αναφέρεται αύξηση βάρους έως και 17 kg κατά τα πρώτο χρόνο της θεραπείας ιδίως με την ολανζαπίνη και την κλοζαπίνη .[16].

Επίσης η καταστολή ως παρενέργεια της αντιψυχωτικής αγωγής έχει προταθεί ότι μπορεί να συμβάλει στα χαμηλά επίπεδα σωματικής δραστηριότητας και στην καθιστική ζωή των ψυχωτικών ασθενών σε συνδυασμό με την αυξημένη όρεξη και τις κακές επιλογές τροφίμων, εύκολα να οδηγήσει σε αύξηση του βάρους τους [16].

Μεγάλος όγκος βιβλιογραφικών δεδομένων αποδεικνύει ότι τουλάχιστον ορισμένα από τα άτυπα αντιψυχωτικά σκευάσματα όπως η κλοζαπίνη και η ολανζαπίνη θεωρούνται πλέον παράγοντες υψηλού κινδύνου για πρόκληση μεταβολικών παρενεργειών, η ρισπεριδόνη και η κουετιαπίνη ενδιάμεσου κινδύνου, ενώ η ζιπρασιδόνη και η αριπιπραζόλη φαίνεται να έχουν πιο ευνοϊκό προφίλ μεταβολικών ανεπιθύμητων ενεργειών [36,37,38], όπως παρουσιάζονται στον πίνακα 3 παρακάτω.

Πίνακας 2. Άτυπα αντιψυχωτικά και μεταβολικές παρενέργειες (American Diabetes Association et al.,2004)

Αντιψυχωτικό	Αύξηση βάρους	Κίνδυνος διαβήτη	Δυσλιπιδαιμία
Κλοζαπίνη	+++	+	+
Ολανζαπίνη	+++	+	+
Ρισπεριδόνη	++	Αβέβαιος	Αβέβαιη
Κουετιαπίνη	++	Αβέβαιος	Αβέβαιη
Ζιπρασιδόνη	+/-	-	-
Αριπιπραζόλη	+/-	-	-

Ωστόσο, σε μια ανασκόπηση 22 προοπτικών συγκριτικών μελετών μεταξύ των διαφόρων άτυπων αντιψυχωτικών, εκ των οποίων το ένα τρίτο ήταν διάρκειας ενός τουλάχιστον έτους, αμφισβητεί την ύπαρξη σαφών διαφορών στα επίπεδα γλυκόζης ανάμεσα στους ασθενείς που λάμβαναν άτυπα αντιψυχωτικά και εκείνους που λάμβαναν εικονικό φάρμακο αλλά και μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν διαφορετικό αντιψυχωτικό σκεύασμα.

Οι συγγραφείς αποδίδουν αυτή τη διαφορά των ευρημάτων τους από τις αναδρομικές μελέτες στον σχεδιασμό και προτείνουν μεγαλύτερα διαστήματα παρακολούθησης των ασθενών που βρίσκονται σε αντιψυχωτική θεραπεία προκειμένου η εξαγωγή συμπερασμάτων να βρίσκονται σε συμφωνία[39]

1.3.7 Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις για την διαχείριση της αύξησης βάρους

Προκειμένου να ελεγχθούν και να αποφευχθούν μακροπρόθεσμα οι απειλητικές για την ζωή μεταβολικές παρενέργειες της αντιψυχωτικής αγωγής, έχουν διαμορφωθεί κατευθυντήριες οδηγίες από την επιστημονική κοινότητα για την ασφαλέστερη χρήση των άτυπων αντιψυχωτικών [40].

Προτείνεται λοιπόν, η αναζήτηση σχετικού ατομικού και οικογενειακού ιστορικού των ασθενών πριν την έναρξη της αντιψυχωτικής θεραπείας και παρακολούθηση ανά τακτά χρονικά διαστήματα του σωματικού βάρους, μέτρηση της γλυκόζης και των λιπιδίων του αίματος, καθώς και παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης κατά την διάρκεια της θεραπείας.

Σε ασθενείς με ατομικό ή οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας, υπέρτασης, σακχαρώδη διαβήτη ή υπερλιπιδαιμίας είναι προτιμότερο εφόσον είναι εφικτό, να χορηγούνται σκευάσματα που δε σχετίζονται με μεταβολικές ανεπιθύμητες ενέργειες και σε ασθενείς που βρίσκονται ήδη σε θεραπεία με αντιψυχωτική αγωγή και εμφανίσουν μεταβολικές παρενέργειες να γίνει αλλαγή σκευάσματος σε άλλο με λιγότερες σχετικές παρενέργειες.

Τα τελευταία χρόνια ο κλάδος της φαρμακογενετικής αναπτύσσεται ραγδαία και ήδη έχουν αρχίσει να συσσωρεύονται δεδομένα σχετικά με την αναμενόμενη αποτελεσματικότητα ενός φαρμάκου και τις πιθανές παρενέργειες σε ασθενείς με βάση το γονιδιακό τους προφίλ. Στον τομέα της αύξησης βάρους από αντιψυχωτικά υπάρχουν ορισμένα προκαταρκτικά ευρήματα, η κλινική όμως χρησιμότητα όμως αυτών σε ότι αφορά στην επιλογή αντιψυχωτικού σκευάσματος παραμένει για την ώρα αβέβαιη [4].

1.3.8 Μη Φαρμακολογικές Παρεμβάσεις για την διαχείριση αύξησης βάρους

Έχοντας υπόψη ότι οι παρεμβάσεις διαχείρισης αύξησης βάρους σε υγιή πληθυσμό έχουν μέτρια αποτελέσματα, αναμένεται να είναι πολύ πιο δύσκολο οι παρεμβάσεις αυτές να βρουν εφαρμογή σε άτομα με σοβαρή ψυχική νόσο.

Οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις επικεντρώνονται κυρίως σε συμπεριφορικές προσεγγίσεις στην αλλαγή της ατομικής συμπεριφοράς (ενίσχυση της σωματικής δραστηριότητας, τροποποίηση διατροφικών συνηθειών και υιοθέτηση πιο υγιεινών και χαμηλότερων θερμιδικών γευμάτων.

Πιθανά να είχαν καλύτερα αποτελέσματα εάν οι παρεμβάσεις αυτές βασίζονταν περισσότερο σε περιβαλλοντικές παρεμβάσεις και σε εκπαιδευτικά προγράμματα επίβλεψης της εφαρμογής αυτών, ενισχύοντας την δέσμευση των ασθενών σε αυτά [42].

Ωστόσο στην εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη το είδος και η σοβαρότητα της διαταραχής, συνυπάρχοντα σωματικά νοσήματα, η λήψη αντιψυχωτικής αγωγής και οι φυσικές δυνατότητες των ασθενών [43].

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τις παρεμβάσεις στην παχυσαρκία σε άτομα με σοβαρές ψυχωτικές διαταραχές, βρέθηκε ότι ο βαθμός επίδρασης ήταν χαμηλός [42].

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα σχετικά με την επίδραση των διατροφικών παρεμβάσεων στην μείωση σωματικού βάρους σε 82 ασθενείς με ψυχωτική συνδρομή φάνηκε ότι ο βαθμός επίδρασης ήταν επίσης χαμηλός [44].

Στην καθημερινή κλινική πράξη αυτές οι παρεμβάσεις είναι δύσκολο να εφαρμοστούν σε άτομα με ενεργό ψυχοπαθολογία, εκσεσημασμένη γνωστική λειτουργία και αρνητική συμπτωματολογία [42].

Υπάρχει περιορισμένος αριθμός μελετών σχετικά με την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στην διαχείριση αύξησης βάρους σε πληθυσμούς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή, συνεπώς η διεξαγωγή περεταίρω μελετών κρίνεται απαραίτητη.

Ως εκ τούτου, στα άτομα με παθήσεις του σχιζοφρενικού φάσματος, απαιτείται προσεκτική αξιολόγηση και συνεχής παρακολούθηση των φυσικών παραμέτρων της υγείας τους. Οι στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας θα πρέπει να περιλαμβάνουν ενθάρρυνση για την υιοθέτηση ενός πιο υγιεινού τρόπου ζωής, όπως διακοπή καπνίσματος, αύξηση των επιπέδων της σωματικής τους δραστηριότητας, πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές με την συμβολή τόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, όσο και των επαγγελματιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας [45].

1.4 Μεταβολικό Σύνδρομο στις Ψυχωτικές Διαταραχές

Το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ) εισήχθη στην Ιατρική εδώ και αρκετά χρόνια από τον Gerald Reaven γνωστό και ως σύνδρομο X, είναι ένα σύμπλεγμα διαφορετικών νοσολογικών κλινικών οντοτήτων, και χαρακτηρίζεται από σπλαχνική και ενδοκοιλιακή παχυσαρκία, αντίσταση στην ινσουλίνη, δυσλιπιδαιμία και αρτηριακή υπέρταση [46].

Σχετίζεται με αυξημένη συχνότητα καρδιαγγειακών συμβαμάτων, όπως αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ΑΕΕ) και έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Πίνακας 3. Κριτήρια για την διάγνωση του Μεταβολικού Συνδρόμου (NCEP ATP III) [46]

Κοιλιακή παχυσαρκία, όπως εκτιμάται από την περιφέρεια της κοιλιάς (≥ 88 εκατοστά για τις γυναίκες, ≥ 102 εκατοστά για τους άνδρες)
Τριγλυκερίδια νηστείας ≥ 150 mg/dl ή αντιλιπιδαιμική αγωγή
HDL-Cholesterolin Λιποπρωτεΐνη υψηλής περιεκτικότητας < 40 mg/dl στους άνδρες και < 50 mg/dl στις γυναίκες
Αρτηριακή πίεση $\geq 130/85$ mm Hg ή λήψη αντιυπερτασικής αγωγής
Γλυκόζη νηστείας ≥ 100 mg/dl

International Diabetes Federation, National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III (NCEP ATP III)

Θεωρείται ότι ένα άτομο πάσχει από μεταβολικό σύνδρομο όταν πληροί τρία από τα πέντε κριτήρια, με την κοιλιακή παχυσαρκία να είναι αναγκαίο κριτήριο για την διάγνωση.

Έχει διαπιστωθεί ότι, τα άτομα με παθήσεις του σχιζοφρενικού φάσματος εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά μεταβολικού συνδρόμου και νοσημάτων που σχετίζονται με την παχυσαρκία όπως σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό[55].

Σε μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση 77 δημοσιεύσεων βρέθηκε ότι το ποσοστό επίπτωσης του μεταβολικού συνδρόμου σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό μεταξύ των μελετών, με το χαμηλότερο ποσοστό επικράτησης να εντοπίζεται σε πληθυσμό της Ινδίας με ποσοστό 3,9%, σε άτομα με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο και μ.ο ηλικίας τα 26,9 έτη και το υψηλότερο σε πληθυσμό της Νέας Ζηλανδίας με ποσοστό 68% με μ.ο ηλικίας του δείγματος 37,9 έτη. Αναφορικά με το ποσοστό επίπτωσης του Μεταβολικού Συνδρόμου βάσει των μελετών που διεξήχθησαν παρατηρούμε ότι στην Ευρώπη τα ποσοστά κυμαίνονται από 26,6% έως 49,6%, στις Ηνωμένες Πολιτείες από 45,9% έως 54% και στην Ασία από 34% έως 44%. [31]

Και αντίστοιχα τα ποσοστά εμφάνισης των νοσολογικών οντοτήτων ανέρχονται :η υπέρταση από 19% έως 58%, ο σακχαρώδης διαβήτης από 10% -15% και τα λιπιδία από 25% - 69% [7].

Παράγοντες κινδύνου οι οποίοι σχετίζονται με την εμφάνιση Μ Σ φαίνεται να είναι το γυναικείο φύλο, η όψιμη έναρξη της νόσου, η εθνικότητα, η μακρά διάρκεια της νόσου, το κάπνισμα, η λήψη αντιψυχωτικής αγωγής, ο ανθυγιεινός τρόπος ζωής, η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας κυρίως λόγω των αρνητικών συμπτωμάτων της νόσου. Ωστόσο, δεν έχουν διεξαχθεί ως τώρα μελέτες που να επιβεβαιώνουν την επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων κινδύνου στην ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου[47].

Πολυάριθμες μελέτες διαπιστώνουν σημαντικά αυξημένο ποσοστό επίπτωσης στο γυναικείο φύλο και σε σχέση με την ηλικία παρατηρείται ότι αυξάνεται όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου [31].

Παρατηρήσεις σε ασθενείς με σχιζοφρένεια πριν ακόμη εμφανιστούν τα αντιψυχωτικά φάρμακα δείχνουν μια πιθανή γενετική σχέση μεταξύ ψυχωτικών διαταραχών και μεταβολικών καταστάσεων, η οποία ακόμη δεν έχει διευκρινιστεί επαρκώς [17].

Το μεταβολικό σύνδρομο σε άτομα με σχιζοφρένεια σχετίζεται με μια αυξημένη προθρομβωτική και προφλεγμονώδη κατάσταση η οποία συμβάλλει στην αύξηση της θνησιμότητας από καρδιαγγειακά νοσήματα [47].

Η Henry Maudsley πρώτη από τους ψυχιάτρους το 1987 στο βιβλίο της "Η παθολογία του νου" αναγνωρίζει μια γενετική σχέση μεταξύ σχιζοφρένειας και σακχαρώδη διαβήτη. Οι παρατηρήσεις αυτές επιβεβαιώνονται ακόμη και σήμερα. Ένας σημαντικός αριθμός μελετών δείχνουν ότι οι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο πριν την χορήγηση αντιψυχωτικής αγωγής εμφάνιζαν διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας, αντίσταση στην ινσουλίνη και υψηλότερα επίπεδα κορτιζόλης σε σχέση με υγιείς μάρτυρες[47].

Στη μελέτη των de Hert [17] αξιολόγησαν τον επιπολασμό του μεταβολικού συνδρόμου σε 155 ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, χορηγώντας αντιψυχωτικά φάρμακα 2ης γενιάς και μετά από 3 μήνες παρακολούθησης, παρατήρησαν ότι εμφάνισαν μεταβολικό σύνδρομο με βάση τα χορηγούμενα σκευάσματα ως εξής: αμισουλπρίδη 6,3%, αριπιπραζόλη 0%, κλοζαπίνη 45%, ολανζαπίνη 24,4%, ρισπεριδόνη 10,8% και κουετιαπίνη 19,1%

Επίσης, σε μια άλλη μελέτη των de Hert[49], συνέκριναν την επικράτηση του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο που λάμβαναν αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή 1ης και 2ης γενιάς για διάστημα 3 ετών και παρατήρησαν ότι δεν υπήρξε σημαντική διαφορά κατά την έναρξη της θεραπείας. Τα ποσοστά του μεταβολικού συνδρόμου αυξήθηκαν με την πάροδο του χρόνου και στις δυο ομάδες, αλλά οι ασθενείς που λάμβαναν αντιψυχωτικά 2ης γενιάς εμφάνιζαν 3 φορές υψηλότερο ποσοστό επίπτωσης του μεταβολικού συνδρόμου.

Συνεπώς η τακτική παρακολούθηση των χαρακτηριστικών του μεταβολικού συνδρόμου αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της έγκαιρης ανίχνευσης και διαχείρισης τους [47].

1.5 Ποιότητα Ζωής και Παχυσαρκία σε ασθενείς που πάσχουν από Ψυχωτική Διαταραχή

Η ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί ιδιαίτερα στην περίπτωση των ασθενών που πάσχουν από μια σοβαρή και χρόνια ψυχική διαταραχή και ειδικά της σχιζοφρένειας, κυρίως λόγω της αναπηρίας και ανικανότητας που αυτή επιφέρει στο άτομο και αναγνωρίζεται ως σημαντικό κριτήριο της πορείας στη φροντίδα των ασθενών. Οι άξονες που εξετάζουν την ποιότητα ζωής, αξιολογούν διάφορες

πλευρές του ατόμου, όπως τη λειτουργικότητα στον κοινωνικό, οικογενειακό, σεξουαλικό, εργασιακό τομέα, και την ψυχολογική ευεξία του ατόμου.[50]

Όπως προαναφέρθηκε οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Η αρνητική συμπτωματολογία της νόσου, η έλλειψη κινήτρων σε συνδυασμό με την καθιστική ζωή συνιστούν ανασταλτικούς παράγοντες για την ενασχόληση με τη σωματική δραστηριότητα καθώς και ο μη υγιεινός τρόπος ζωής των ασθενών συμβάλλουν στην πρόκληση παχυσαρκίας.

Πολλές σχετικές μελέτες καταδεικνύουν την αρνητική συσχέτιση της παχυσαρκίας με την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών. Το μειωμένο επίπεδο της ποιότητας ζωής σχετίζεται κυρίως με το αυξημένο σωματικό βάρος που βιώνεται ως πρόβλημα από το άτομο, ανεξάρτητα από την ηλικία και το φύλο.

Σε έρευνες που μελέτησαν την σχέση παχυσαρκίας με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια, βρέθηκε ότι η παρουσία του μεταβολικού συνδρόμου σχετίζεται με κακή σωματική υγεία, ενώ το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία έχουν συσχετιστεί με χαμηλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή, χαμηλότερη αυτοεκτίμηση και συνεπώς φτωχότερη ποιότητα ζωής.

Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η παχυσαρκία έχει σημαντικά αρνητικές συνέπειες στη ζωή των ασθενών με σοβαρή ψυχική νόσο. Το γεγονός ότι η παχυσαρκία συμβαίνει να είναι η πιο ορατή μεταξύ όλων των μεταβολικών ανωμαλιών, η παρουσία της θα πρέπει να ευαισθητοποιεί τους ψυχιάτρους και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, προκειμένου να δίνεται η απαιτούμενη προσοχή στην σωματική υγεία των ασθενών και να γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.[51]

Κεφάλαιο 2^ο Διατροφή στην Ψύχωση

2.1 Διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή

Παρόλο που η αιτιοπαθογένεια της αύξησης του βάρους στη σχιζοφρένεια παραμένει ασαφής, υπάρχει ομοφωνία ότι η παχυσαρκία είναι κυρίως αποτέλεσμα κακών διατροφικών επιλογών. Ωστόσο, τα ερευνητικά δεδομένα που έχουν εξετάσει συστηματικά τη διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι περιορισμένα [52].

Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται κυρίως από υψηλή πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών οξέων, χαμηλότερη σε περιεκτικότητα φυτικών ινών, βιταμινών και υψηλή θερμιδική πρόσληψη σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες. Μια τέτοια διατροφή είναι πιθανό να αυξήσει τον κίνδυνο ανάπτυξης μεταβολικών ανωμαλιών και εμφάνισης παχυσαρκίας[10].

Πιστεύεται ότι η αρνητική συμπτωματολογία της σχιζοφρένειας (κοινωνική απόσυρση, απάθεια, μειωμένη βούληση κλπ) που είναι κυρίαρχη στους χρόνιους ασθενείς, συνιστά εμπόδιο στην υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών και σε συνδυασμό με τα γνωστικά ελλείμματα(μειωμένη ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, θέσπισης προτεραιοτήτων, σχεδιασμού και εκτέλεσης πράξεων) που εμφανίζουν να παρεμποδίζουν τους ασθενείς να ασχοληθούν με μια ισορροπημένη διατροφή και συχνά να οδηγούνται στην κατανάλωση πρόχειρου και εύκολου φαγητού, ως βασική τους τροφή[27].

Ωστόσο, τα αποτελέσματα μελετών που έχουν διεξαχθεί ως προς τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια δείχνουν να είναι αντικρουόμενα.

Σε μια μελέτη 102 ασθενών μεσηλικών που διέμεναν στην κοινότητα βρέθηκε ότι η διατροφή τους ήταν υψηλή σε λιπαρά και χαμηλή σε φυτικές ίνες σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό[23]. Οι Strassing [53] χρησιμοποιώντας την ανάκληση 24-ωρου τροφίμων σε 146 ασθενείς που διέμεναν στην κοινότητα στο Πίτσμπουργκ βρήκαν ότι οι ασθενείς κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες φαγητού από την ομάδα ελέγχου αλλά η περιεκτικότητα σε μακροθρεπτικά συστατικά(ποσοστό θερμίδων από πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπη) ήταν ίδια με αυτή της ομάδας ελέγχου. Αντίθετα η μελέτη των Henderson [54], οι οποίοι έκαναν χρήση ημερολόγιου καταγραφής κατανάλωσης τροφίμων για 4 ημέρες, αξιολόγησαν την διατροφή 88 ασθενών με σχιζοφρένεια, οι οποίοι παρακολουθούνταν σε μια ψυχιατρική κλινική στην Βοστώνη, συγκρίνοντας τα με την ομάδα ελέγχου η οποία συμφωνούσε ως προς το φύλο, την ηλικία και την εθνικότητα, έδειξε ότι οι ασθενείς κατανάλωναν λιγότερες θερμίδες, λιγότερους υδατάνθρακες, πρωτεΐνη και κορεσμένα λιπαρά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

Η συνήθης διατροφή των ασθενών που πάσχουν από σχιζοφρένεια είναι εμφανώς δύσκολο να μετρηθεί καθώς συχνά υποαναφέρεται από τους ίδιους τους ασθενείς, κάτι που πιθανά εξηγεί αυτά τα διφορούμενα ευρήματα [17].

Σε μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας εξετάστηκαν 31 μελέτες οι οποίες αξιολόγησαν τις διατροφικές συνήθειες και την επίπτωση των μεταβολικών διαταραχών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια τα αποτελέσματα των οποίων θα παρουσιαστούν συνοπτικά παρακάτω[10].

2.1.2 Αξιολόγηση του Διατροφικού Προφίλ των ψυχωτικών ασθενών

Η αξιολόγηση της διατροφής των ασθενών βάσει των μελετών που έχουν διεξαχθεί ως τώρα έγινε μέσω της χρήσης διάφορων εργαλείων όπως:

- i) του ερωτηματολογίου DINE (Dietary Instrument for Nutrition Education), το οποίο παρέχει μια σύντομη αρχική εκτίμηση της πρόσληψης ολικού λίπους και φυτικών ινών, κατηγοριοποιώντας τους ερωτηθέντες σε υψηλή, μεσαία ή χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, κορεσμένων και ακόρεστων λιπαρών οξέων[55].
 - ii) ενός σύντομου ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων με στόχο να δοθεί μια γενική επισκόπηση του λίπους και των φυτικών ινών που καταναλώνουν οι ασθενείς [34,56, 57].
 - iii) λεπτομερής καταγραφή των διατροφικών συνήθειων των ασθενών (θερμιδική πρόσληψη, πρωτεΐνες, λίπη, φυτικές ίνες, ρετινόλη και βιταμίνες) μέσω ενός τροποποιημένου γνωστού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων[58]
 - iv) της μεθόδου ανάκλησης 24-h χρησιμοποιώντας σκεύη για την μέτρηση ποσοτήτων [59,60]
 - v) της καταγραφής κατανάλωσης φαγητού και ποτού για 4 συνεχόμενες ημέρες, οι διατροφικές μεταβλητές περιλάμβαναν συνολική πρόσληψη ενέργειας, λίπους, πρωτεΐνης, υδατάνθρακες, φυτικές ίνες, σακχαρόζη, φυλλικό οξύ, ασβέστιο, νάτριο, ψευδάργυρο, αλκοόλ και καφεΐνη [54].
 - vi) ορισμένοι συγγραφείς αξιολόγησαν τη διατροφή των ασθενών μέσω απλών ερωτήσεων σχετικά με την κατανάλωση λίπους, φυτικών ινών, υδατανθράκων, αλατιού και την κατανάλωση αλκοόλ χωρίς την χρήση κάποιου δομημένου ερωτηματολογίου [61]
 - vii) στην μελέτη των Heald et al[63] η αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών έγινε με την κλίμακα Likert.
 - viii) του ερωτηματολογίου German National Health Interview and Examination Survey 1998 (GNHIES 98), το οποίο αξιολογεί την συχνότητα κατανάλωσης τροφών από 19 διαφορετικές ομάδες τροφίμων μέσα στον τελευταίο χρόνο [57].
- Και τέλος μέσω του ερωτηματολογίου (BDHQ) 9 ,το οποίο βρίσκει εφαρμογή σε Ασιατικούς κυρίως πληθυσμούς, αξιολογώντας τη συχνότητα κατανάλωσης 56 τροφίμων και ποτών και εννέα πιάτων που καταναλώνονται στην Ιαπωνία [62].

2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια

Μόνο λίγες μελέτες διερεύνησαν τους παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια, τα ευρήματα των οποίων δείχνουν να μη βρίσκονται σε συμφωνία.

Στην μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία σε ένα δείγμα 237 ασθενών με σχιζοφρένεια, εξετάσε τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών σε σχέση με την παθογένεια της σχιζοφρένειας, τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι τα άτομα που κατανάλωναν μεγαλύτερες ποσότητες λιπών, πρωτεϊνών και ραφιναρισμένων προϊόντων, εμφάνιζαν θετική συσχέτιση με την σχιζοφρένεια [62].

Τα αποτελέσματα της μελέτης των Roick et al [57], έδειξαν ότι η κακή διατροφή των ατόμων με σχιζοφρένεια, επηρεάζεται από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση, ωστόσο καμία άλλη μελέτη δεν κατέληξε στο ίδιο εύρημα.

Σε μια εθνική μελέτη που διεξήχθη στην Αυστραλία με 1286 συμμετέχοντες, ηλικίας 18-64 ετών βρέθηκε ότι 74% των ασθενών κατανάλωνε χαμηλές ποσότητες λαχανικών και φρούτων. Τα άτομα που είχαν πιο υγιεινές διατροφικές επιλογές παρουσίαζαν λιγότερα αρνητικά συμπτώματα. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άνεργοι και είχαν διακόψει την Β'βάθμια εκπαίδευση, σύμφωνα με μελέτες η χαμηλότερη εκπαιδευτική βαθμίδα σχετίζεται με πιο ανθυγιεινό τρόπο ζωής [64].

Όσον αφορά το φύλο, οι μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες τείνουν να έχουν λιγότερο υγιεινές διατροφικές συνήθειες από τις γυναίκες, καταναλώνοντας σημαντικά μικρότερες ποσότητες φρούτων, λαχανικών, γάλατος και οσπρίων [60] και ήταν πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ[57].

Από την άλλη πλευρά στη μελέτη των Agustin et al[54] σε ένα δείγμα με 159 ασθενείς, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι πιο παχύσαρκες από τους άνδρες. Οι ασθενείς που ταξινομήθηκαν με πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες εμφάνιζαν 2,33 φορές υψηλότερο κίνδυνο παχυσαρκίας από τους ασθενείς με καλές διατροφικές συνήθειες.

Επίσης και άλλοι συγγραφείς παρατήρησαν ότι οι γυναίκες ασθενείς κατανάλωναν περισσότερο τροφές με λιπαρά, υδατάνθρακες και θερμίδες [53] και λιγότερες φυτικές ίνες (φρούτα, λαχανικά και ξηρούς καρπούς)[37].

Αναφορικά με το κάπνισμα, παρατηρείται μια σημαντική διαφορά στην κατανάλωση φυτικών ινών μεταξύ καπνιστών και μη καπνιστών ασθενών, καθώς οι μη καπνιστές έδειξαν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες από ότι οι καπνιστές [58,61], ωστόσο, καμία άλλη μελέτη δεν κατέληξε στο ίδιο αποτέλεσμα.

Σε μια πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από τους Hergul et al[55], συμπεριέλαβε 101 ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο, αναγνωρίζει ότι η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, μπορεί να επηρεάσει τόσο τις μεταβολικές παραμέτρους όσο και τις

διατροφικές συνήθειες. Βρέθηκε λοιπόν ότι οι ασθενείς με πρώτο ψυχωτικό επεισόδιο οι οποίοι είχαν υποστεί παιδική σεξουαλική κακοποίηση, εμφανίζουν μια λιγότερο υγιεινή διατροφή, όπως φαίνεται από τη χαμηλότερη πρόσληψη φυτικών ινών, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς κακοποίηση.

Στη μελέτη των Heald et al[63] σε ένα σύνολο 37 ψυχωτικών ασθενών που ζουν στην κοινότητα βρέθηκε ότι οι ασθενείς που εμφάνιζαν υψηλό ποσοστό μεταβολικού συνδρόμου, παρουσίαζαν πιο ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες δηλαδή είχαν χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών και το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ήταν καπνιστές και με χαμηλή σωματική δραστηριότητα.

Τέλος, στη μελέτη των Arango et al[65]στην οποία έγινε σύγκριση των διατροφικών συνηθειών ασθενών με και χωρίς μεταβολικό σύνδρομο υπό αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που εμφάνιζαν μεταβολικό σύνδρομο ακολουθούσαν πιο υγιεινές διατροφικές συνήθειες, ήλεγχαν την ποσότητα αλατιού και απέφευγαν κορεσμένα λιπαρά οξέα σε σύγκριση με τους ασθενείς που δεν είχαν μεταβολικό σύνδρομο.

Παρόλο που οι μελέτες χρησιμοποιούν διαφορετικές κλίμακες αξιολόγησης των διατροφικών συνηθειών των ασθενών εν τούτοις οι περισσότερες έχουν κοινά ευρήματα ως προς τις μη υγιεινές διατροφικές επιλογές των ψυχωτικών ασθενών οι οποίες χαρακτηρίζονται κυρίως από υψηλά επίπεδα κορεσμένων λιπαρών οξέων, χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών και φρούτων και υψηλή πρόσληψη θερμίδων [10].

2.1.4 Διατροφικές συνήθειες και Μεταβολικές Διαταραχές

Οι περισσότερες μελέτες αξιολογούν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και τον ανθυγιεινό τρόπο ζωής όπως κάπνισμα, κατανάλωση καφεΐνης και αλκοόλ, χαμηλή σωματική δραστηριότητα σε ασθενείς με σχιζοφρένεια σε σύγκριση με εκείνους των υγιών ατόμων.

Τα άτομα που δεν είχαν καλές διατροφικές συνήθειες και ακολουθούσαν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής βρέθηκε ότι είχαν περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα.

Η αυξημένη πρόσληψη κορεσμένων λιπαρών έχει σχετιστεί με υψηλά επίπεδα δεικτών φλεγμονής, κυρίως του παράγοντα (TNF-α), της ιντερλευκίνης (IL) -6 και της αντιδρώσας πρωτεΐνης C (CRP), τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη ή στην επιδείνωση του μεταβολικού συνδρόμου σε άτομα με γενετική προδιάθεση. Αυτό είναι ιδιαίτερα επιβλαβές σε ασθενείς με σχιζοφρένεια στους οποίους κατά την έναρξη της νόσου παρατηρούνται, αυξημένα επίπεδα οξειδωτικού στρες, υψηλά επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών και διάφορες μεταβολικές ανωμαλίες[10].

Στην μελέτη των Ratliff J [59] διερευνήθηκε η επίδραση των διατροφικών συνηθειών, σε άτομα με σχιζοφρένεια στην εμφάνιση μεταβολικών καταστάσεων. Σε ένα δείγμα 159 ασθενών βρέθηκε ότι οι ασθενείς εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, ολικής

χοληστερόλης και LDL, υψηλότερη αρτηριακή πίεση και περίμετρο μέσης σε σχέση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου τα οποία είχαν παρόμοιο ΔΜΣ, ενώ δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην πρόσληψη θερμίδων ανάμεσα στις δυο ομάδες.

Στη μελέτη των Ryan et al[10] παρατηρήθηκε ότι η διατροφή δεν σχετίζεται με μεταβολικές διαταραχές, η ομάδα των ασθενών εμφάνιζε μια δίαιτα υψηλή σε κορεσμένο λίπος και τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης και LDL να είναι χαμηλότερα σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες, υποδηλώνοντας έτσι ότι η κακή διατροφή δεν σχετίζεται πάντα με την ανάπτυξη του μεταβολικού συνδρόμου.

Ωστόσο, οι περισσότερες μελέτες δεν αναφέρουν σαφή σύνδεση μεταξύ διατροφής και μεταβολικού συνδρόμου, δεν υπάρχει η δυνατότητα να διευκρινισθεί εάν αυτές οι μεταβολικές ανωμαλίες, ίσως οφείλονται στην διατροφή, στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής των ασθενών, όπως κατάχρηση αλκοόλ, έλλειψη σωματικής άσκησης, κάπνισμα, ή σε άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου του στρες ή στην αντιψυχωτική θεραπεία.

Ως εκ τούτου, βάσει της βιβλιογραφίας και τα συμπεράσματα που έχουν διεξαχθεί από αυτές τις μελέτες, μπορεί να υποδηλωθεί ότι η μη υγιεινή διατροφή των ασθενών που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή, αποτελεί έναν από τους παράγοντες που εμπλέκεται στην ανάπτυξη των μεταβολικών ανωμαλιών [10].

2.1.5. Ο ρόλος του καπνίσματος σε σχέση με την κακή διατροφή

Προηγούμενες μελέτες σε μη ψυχιατρικά ασθενείς ανέφεραν ότι οι καπνιστές, σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, παρουσίαζαν ένα χειρότερο διαιτητικό προφίλ. Είναι γνωστό ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης του καπνίσματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [22].

Στις μελέτες που εξέτασαν το κάπνισμα σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σοβαρή ψυχική νόσο που κάπνιζαν, ακολουθούσαν μια χαμηλή θερμιδική διατροφή[63]και ήταν πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ, καφεΐνη, αλάτι, κορεσμένα λίπη και λιγότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών [58].

Αντίθετα, στην μελέτη των Strassing et al[53] δεν φάνηκε καμία σχέση μεταξύ καπνίσματος και διατροφής.

Και τέλος, καμία από τις μελέτες δεν εξέτασε τους πιθανούς μηχανισμούς που αναπτύσσονται μεταξύ των συνηθειών του καπνίσματος και διατροφικών επιλογών σε ασθενείς με σχιζοφρένεια [10].

2.1.6 Κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και Διατροφικές συνήθειες

Οι σημαντικότεροι κοινωνικο-οικονομικοί προσδιοριστικοί παράγοντες στην ψυχική υγεία αφορούν στο εισόδημα, την επαγγελματική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο. Η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι στενά συνδεδεμένη με το σχιζοφρενικό φάσμα, λόγω των σοβαρών επιπτώσεων της νόσου στην καθημερινή λειτουργικότητα, οι ασθενείς μεταπίπτουν συχνά σε χαμηλότερα κοινωνικο-οικονομικά στρώματα.[66] Έχει αναφερθεί ότι το μεταβολικό σύνδρομο σχετίζεται με χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και τα άτομα με χαμηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση είναι πιο πιθανό να έχουν ανθυγιεινές διατροφικές συνήθειες. Οι ασθενείς που πάσχουν από σχιζοφρένεια συνήθως ανήκουν συνήθως σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις [67].

Ορισμένοι συγγραφείς, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν πιο κακή διατροφή σε σχέση με την χαμηλότερη κοινωνική τάξη του γενικού πληθυσμού [2,58].

Η διαπίστωση αυτή μπορεί να σχετίζεται με την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η μειωμένη βούληση και η έλλειψη κινήτρων τα οποία συμβάλλουν στις κακές διατροφικές συνήθειες [10].

Ωστόσο αυτά τα μικτά ευρήματα καθιστούν δύσκολο να καταλάβουμε εάν η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει την διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια.

2.1.7 Αντιψυχωτική Φαρμακευτική αγωγή και Διατροφικές Συνήθειες

Ο μηχανισμός με τον οποίο τα αντιψυχωτικά φάρμακα αυξάνουν την πρόσληψη τροφής έχουν εξηγηθεί με βάση τις πολλές αλλαγές που σημειώνονται στους νευροδιαβιβαστές και στις ορμόνες του υποθαλάμου. Όμως δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο, πως οι μηχανισμοί αυτοί επηρεάζουν την επιλογή του φαγητού. Ο αποκλεισμός των υποδοχέων της σεροτονίνης 2C (5HT_{2C}) και της ισταμίνης 1 (H₁) (ιδιομορφία κάποιων αντιψυχωτικών φαρμάκων δεύτερης γενιάς όπως η ολανζαπίνη και η κλοζαπίνη) συνδέονται πιο συχνά με την εμφάνιση μεταβολικού κινδύνου λόγω της επίδρασης στις ορμόνες του υποθαλάμου που εμπλέκονται στον έλεγχο κορεσμού, όπως το νευροπεπτίδιο Υ (NPY), το πεπτίδιο (AGRP), η προοπιομελανοκορτίνη (POMC) και ειδικά η λεπτίνη[10].

Λίγες μελέτες έχουν αναφερθεί στην επίδραση της αντιψυχωτικής αγωγής σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες.

Στην μελέτη των Treuer et al, σε ένα σύνολο 622 ασθενών προερχόμενοι από τέσσερις διαφορετικές χώρες (Κίνα, Μεξικό, Ρουμανία, Ταϊβάν) σε διάστημα παρακολούθησης 6 μηνών παρατήρησαν ότι οι ασθενείς που λάμβαναν ολανζαπίνη είχαν μια αυξημένη κατανάλωση γλυκών

μετά από έξι μήνες θεραπείας και μια αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, μετά από τέσσερις εβδομάδες θεραπείας[10].

Σε μια άλλη μελέτη η οποία συνέκρινε δύο ομάδες ασθενών οι οποίοι λάμβαναν κλοζαπίνη και ρισπεριδόνη αντίστοιχα βρέθηκε ότι τα άτομα που λάμβαναν κλοζαπίνη είχαν μία σημαντικά υψηλότερη πρόσληψη κορεσμένου λίπους και πρωτεΐνης και χαμηλότερη πρόσληψη φυτικών ινών και υδατανθράκων από τα άτομα που λάμβαναν ρισπεριδόνη[54].

Ενώ στη μελέτη των Ellingrod[60] δεν αναφέρεται καμία σημαντική διαφορά στα μακροθρεπτικά συστατικά και στην αυξημένη θερμιδική πρόσληψη μεταξύ των ασθενών που λάμβαναν άτυπα αντιψυχωτικά και στους ασθενείς που λάμβαναν αντιψυχωτικά φάρμακα πρώτης γενιάς.

Ωστόσο, τα αποτελέσματα αυτά των μελετών έρχονται σε αντίθεση με ότι έχει αναφερθεί μέχρι στιγμής στη βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση των αντιψυχωτικών φαρμάκων στην πρόσληψη τροφής. Μελλοντικές μελέτες θα πρέπει μάλλον να αποσαφηνίσουν την επίδραση της αντιψυχωτικής θεραπείας στη διατροφή των ασθενών με σχιζοφρένεια και τους μηχανισμούς που διέπουν αυτή τη πιθανή σύνδεση [10].

2.2 Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας των Νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας

Η Κοινοτική Ψυχιατρική προβλέπει μεταξύ άλλων, τη λειτουργία κοινοτικών ομάδων ψυχικής υγείας, οι οποίες αποτελούν ένα από τα σημαντικά συστατικά του σύγχρονου συστήματος κοινοτικής φροντίδας. Στο πλαίσιο του προγράμματος "Ψυχαργός Β' Φάση" ιδρύθηκαν Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας(ΚΜΨΥ) σε ολόκληρο τον Ελλαδικό χώρο, οι οποίες καλύπτουν ανάγκες πληθυσμών σε τομείς ψυχικής υγείας όπου υπάρχει δυσκολία στη πρόσβαση σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας σε απομακρυσμένες, δυσπρόσιτες ορεινές και νησιωτικές περιοχές.

Βασική επιδίωξη των ΚΜΨΥ είναι η έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση τόσο στην έναρξη της νόσου όσο και κατά τη διάρκεια υποτροπών, η θεραπευτική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών στον τόπο διαμονής των ασθενών, με την πραγματοποίηση κατ'οίκον επισκέψεων, όποτε απαιτείται και η συμβουλευτική και υποστηρικτική παρέμβαση στα μέλη της οικογένειας του ασθενούς.

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας(ΚΜΨΥΙ-Θ) υλοποιείται από τη μη κυβερνητική οργάνωση, Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου (ΕΠΡΟΨΥΗ) και λειτουργεί από τον Μάρτιο του 2007. Απευθύνεται στους ενήλικες ασθενείς και προς το παρόν δεν υπάρχει η δυνατότητα για εξέταση και θεραπεία παιδιών και εφήβων. Προτεραιότητα δίνεται στους ασθενείς με σοβαρές και χρόνιες ψυχικές διαταραχές, όπως οι ψυχώσεις, χωρίς να παραλείπεται η φροντίδα ασθενών με κοινές ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.λπ.), που είναι αρκετά συχνές και προκαλούν σημαντική νοσηρότητα.

Η ΚΜΨΥ Ι-Θ είναι μια πολυκλαδική ομάδα, που αποτελείται από 12 μέλη διαφορετικών ειδικοτήτων. Σε εβδομαδιαία βάση επισκέπτεται όλα τα Κ.Υ. του νομού Ιωαννίνων και δύο Κ.Υ. του νομού Θεσπρωτίας, έχοντας έτσι σταθερή τοπική παρουσία. Η έκταση της περιοχής ευθύνης φτάνει στα 5000τ.χλμ και ο εξυπηρετούμενος πληθυσμός υπολογίζεται αδρά σε περίπου 100000 κατοίκους [68].

Η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας(ΚΜΨΥΙ-Θ) ύστερα από σχεδόν 10 χρόνια λειτουργίας, έχει ενσωματωθεί πλήρως στο δίκτυο της ΠΦΥ και ο αριθμός παραπομπών διαρκώς αυξάνεται.

Το 22% των ασθενών λαμβάνουν συστηματική φροντίδα που στηρίζεται στις κατ'οίκον επισκέψεις. Σε μια μελέτη μας φάνηκε πως όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία των ασθενών, τόσο αυξημένη ήταν η πιθανότητα να λαμβάνουν φροντίδα με επισκέψεις της θεραπευτική ομάδας στο σπίτι τους. Σε ότι αφορά στη φροντίδα των χρόνιων ψυχωτικών ασθενών (που είναι και η προτεραιότητα για όλες τις κοινοτικές ομάδες ψυχικής υγείας διεθνώς), κατά την διάρκεια των δύο πρώτων χρόνων λειτουργίας της ΚΜΨΥΙ-Θ οι εισαγωγές αυτών που παρακολουθούσε μειώθηκαν κατά 30,4% σε σχέση με την αμέσως προηγούμενη διετία[68].

Ακόμη σε μια άλλη μελέτη που διεξήχθη από την ΚΜΨΥΙ-Θ σχετικά με την παραμονή στη θεραπεία των ψυχωτικών ασθενών στην δέσμευσή και στη λήψη της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής βρέθηκε ότι σε διάστημα 5 ετών, 74 ψυχωτικοί ασθενείς παρέμειναν στην θεραπεία σε ποσοστό που ανέρχονταν στο 67,2% συγκρίσιμο με διεθνείς αναφορές και μάλιστα από μελέτες που διεξήχθησαν σε αστικές περιοχές όπου η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας ήταν πιο εύκολη και μικρότερης διάρκειας [69].

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 3^ο

3.1 Σημασία της μελέτης

Τα ποσοστά της παχυσαρκίας παγκοσμίως ολοένα αυξάνονται, ενώ στον Ελληνικό γενικό πληθυσμό το ποσοστό παχυσαρκίας ανέρχεται στο 22,5%[76]. Έχοντας ενδείξεις ότι η συχνότητα εμφάνισης της παχυσαρκίας σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή είναι 1.5 έως 4 φορές υψηλότερη από το γενικό πληθυσμό [8]και με βάση το μειωμένο προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών αυτών[2], κρίθηκε αναγκαία η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης.

Παρατηρείται ότι στον ελλαδικό χώρο οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή σε σχέση με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο ενδεδειγμένης έρευνας. Ιδιαίτερα δε, τα άτομα που ζουν μόνιμα σε περιοχές της ελληνικής υπαίθρου, τείνουν να βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση εν συγκρίσει με εκείνα των αστικών κέντρων, ως προς την πρόσβαση τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και την συμπερίληψη τους πιθανά σε εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης διατροφής και σωματικής άσκησης, προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά σωματικής νοσηρότητας που εμφανίζουν.

Η παρούσα μελέτη στοχεύει να φωτίσει πτυχές των διατροφικών συνηθειών και του επιπολασμού της παχυσαρκίας και των σωματικών νοσημάτων ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή.

Το ζήτημα της παχυσαρκίας, της σωματικής νοσηρότητας και των διατροφικών επιλογών των ασθενών αυτών θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο διεξοδικής έρευνας, προκειμένου να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν αποτελεσματικές φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις για την διαχείριση αύξησης βάρους και ανίχνευσης σωματικών νοσημάτων στον πληθυσμό αυτόν.

3.2 Σκοπός της μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό να εξετάσει τις διατροφικές συνήθειες ασθενών με παθήσεις του σχιζοφρενικού φάσματος που ζουν σε περιοχές της υπαίθρου των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, σε σχέση με τον επιπολασμό της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας.

Βασιζόμενοι : α) στην αυξημένη εμφάνιση της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας στο νοσολογικό πλαίσιο των ψυχωτικών διαταραχών και β) στα ευρήματα των σχετικών μελετών που εξέτασαν το θέμα αυτό, όπως εκτέθηκαν στο Γενικό Μέρος της εργασίας, υποθέσαμε ότι οι διατροφικές συνήθειες των ασθενών αυτών συμβάλουν στην ανάπτυξη παχυσαρκίας και διαφόρων μεταβολικών διαταραχών.

Προκειμένου να ελέγξουμε την εγκυρότητα αυτής της υπόθεσης, σχεδιάσαμε μια συγχρονική μελέτη - μη παρεμβατική, με την οποία καταγράφηκαν οι διατροφικές επιλογές, ο επιπολασμός της παχυσαρκίας και τα σωματικά νοσήματα των ασθενών αυτών. Επίσης εξετάσαμε μια σειρά από κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, προκειμένου να διαπιστωθεί η ύπαρξη αιτιώδους σχέσης μεταξύ των μεταβλητών αυτών, των διατροφικών συνηθειών, της παχυσαρκίας και των σωματικών τους νοσημάτων.

3.3 Υποθέσεις της μελέτης

Υπόθεση 1: Είναι οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή ανθυγιεινές.

Υπόθεση 2: Επιδρούν οι διατροφικές συνήθειες στον Δείκτη Μάζας Σώματος.

Υπόθεση 3: Επιδρούν οι διατροφικές συνήθειες στην εμφάνιση σωματικής νοσηρότητας.

Υπόθεση 4: Ο Δείκτης Μάζας Σώματος επηρεάζεται από το φύλο.

4^ο Κεφάλαιο

Μεθοδολογία Έρευνας

4.1 Επιλογή του δείγματος της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 55 ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή, οι οποίοι διέμεναν στην κοινότητα σε περιοχές της υπαίθρου και παρακολουθούνταν συστηματικά από την (ΚΜΨΥΙ-Θ), σε μηνιαία ή σε εβδομαδιαία βάση για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο του εξαμήνου.

Τα κριτήρια συμμετοχής των ασθενών στην παρούσα μελέτη ήταν : ηλικία μεταξύ 18 και 72 ετών, σταθερή κλινική κατάσταση, λήψη αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής για χρονικό διάστημα τουλάχιστον 3 μηνών πριν την αξιολόγησή τους για τους σκοπούς της μελέτης και διαμονή στην κοινότητα σε περιοχές της υπαίθρου.

Τα κριτήρια αποκλεισμού του δείγματος ήταν: άτομα που βρίσκονταν σε υποτροπή, εκσεσημασμένη γνωστική λειτουργία, διάγνωση νοητικής υστέρησης και άτομα τα οποία δεν μιλούσαν την Ελληνική γλώσσα, γεγονός που εμπόδιζε την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της μελέτης .

Από το σύνολο των συμμετεχόντων του δείγματος οι 41(75%) ήταν άνδρες και οι 14(25%) γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας τα 51,5 έτη.

Πίνακας 4. Ηλικίες του δείγματος της μελέτης

	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Min.	18	33	18
Median	48	55	54
Mean	47,36	52,9	51,49
Max.	66	72	72

4.2 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων

Η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων έγινε με ατομικές συνεντεύξεις κατά τις οποίες συλλέγονταν πληροφορίες από το ψυχιατρικό ιστορικό (ηλικία έναρξης και διάρκεια της νόσου, αριθμός νοσηλείων, η λαμβανόμενη φαρμακευτική αγωγή), από το ιατρικό ιστορικό (συνυπάρχουσα σωματική νόσος), καθώς και κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, επαγγελματική κατάσταση, οικονομικό προφίλ, οικογενειακή κατάσταση, τρόπος ζωής κτλ).

Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν δύο κλίμακες προκειμένου να γίνει αξιολόγηση των διατροφικών συνηθειών (Dietary Instrument for Nutrition Education (DINE) Questionnaire) και της ποιότητας ζωής (Quality of life Questionnaire II Moorehead-Ardelt) των ασθενών αυτών.

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην μελέτη ενημερώνονταν για το σκοπό της διεξαγωγής της μελέτης και γίνονταν σαφές ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία και το απόρρητο των προσωπικών τους στοιχείων και εφόσον είχε εξασφαλισθεί η συναίνεση τους, υπέγραφαν την δήλωση συγκατάθεσης για την συμμετοχή τους στην έρευνα και στην συνέχεια ακολουθούσε η διαδικασία της συνέντευξης. (βλ. Παράρτημα 1).

Ο τόπος στον οποίον πραγματοποιούνταν οι συνεντεύξεις για την συλλογή των δεδομένων ήταν κυρίως τα Κέντρα Υγείας των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας, αλλά και κατ'οίκον επισκέψεις σε προκαθορισμένες συναντήσεις με τους ίδιους. Συγκεκριμένα, η ΚΜΨΥ Ι-Θ επισκέπτεται από το Μάρτιο του 2007, τα Κέντρα Υγείας Κόνιτσας, Βουτσαρά, Πραμάντων, Παραμυθιάς, Δελβινακίου, Δερβιζιάνων, Μετσόβου και Μαργαριτίου των νομών Ιωαννίνων- Θεσπρωτίας.

Εικόνα 1 Η περιοχή ευθύνης της ΚΜΨΥΙ-Θ.

Στην εικόνα 1, διακρίνονται όλοι οι δήμοι των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας. Η κινητή μονάδα δραστηριοποιείται σε όλους τους δήμους των δύο νομών, με εξαίρεση το δήμο Ιωαννιτών και τμήμα των δήμων Ηγουμενίτσας και Φιλιατών.

Το ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης εγκρίθηκε από το τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

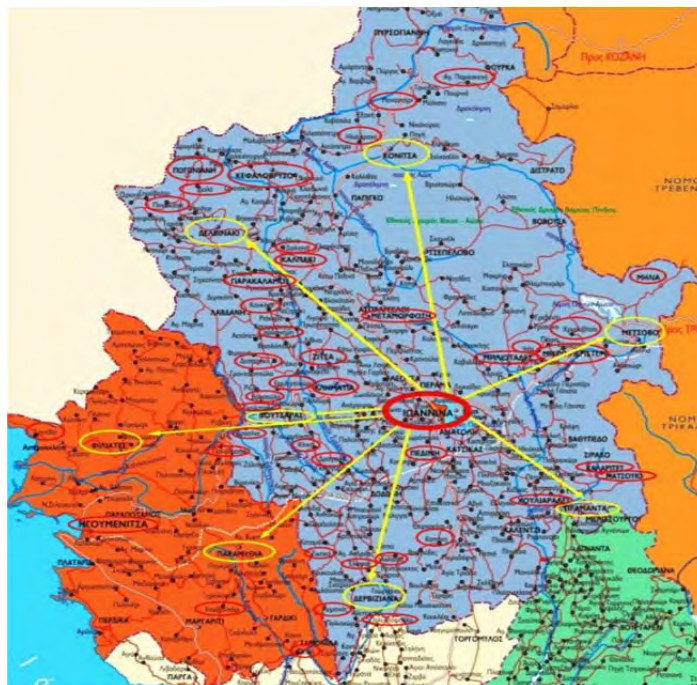
Προκειμένου να δοθεί άδεια στην ερευνήτρια να έχει πρόσβαση στους ασθενείς αυτούς υπογράφηκε σχετικό Πρωτόκολλο Συνεργασίας μεταξύ της ερευνήτριας και της Εταιρείας Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου(ΕΠΡΟΨΥΗ), στην οποία υπάγεται η Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων -Θεσπρωτίας.

Η συλλογή των δεδομένων έγινε από την ερευνήτρια και από ακόμη ένα μέλος της ΚΜΨΥ Ι-Θ .

4.3 Κλινική εκτίμηση

Η μελέτη που σχεδιάστηκε ήταν συγχρονική (cross-sectional), διεξήχθη σε διάστημα πέντε μηνών από τον Ιούνιο του 2016 έως τον Νοέμβριο του 2016.

Οι ασθενείς λοιπόν που επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στη μελέτη καλούνταν σε συνέντευξη. Η διαδικασία διαρκούσε περίπου 30 λεπτά ανά συμμετέχοντα και οι πληροφορίες που συλλέχθηκαν, χωρίστηκαν σε τέσσερις κατηγορίες.



ι) Η **πρώτη κατηγορία** αφορούσε κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα: Φύλο, Ηλικία, Επίπεδο εκπαίδευσης (Αναλφάβητος, απόφοιτος Α' βάθμιας, Β' βάθμιας, Γ' βάθμιας εκπαίδευσης), Τόπος διαμονής (χωριό ή κωμόπολη), Τρέχουσα Επαγγελματική κατάσταση (εργαζόμενος/-η, άνεργος/-η, συνταξιούχος/-α), Τρόπος ζωής (άγαμος/-η, έγγαμος/-η, διαζευγμένος/-η, χήρος/-α), Κοινωνικοοικονομικό προφίλ (κατηγοριοποιώντας το ως Χαμηλό, Μεσαίο, Υψηλό), Τρόπος ζωής (εάν ζουν μαζί με άλλους ή μόνοι τους).

Ως προς το φύλο με βάση την βιβλιογραφία, οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της νόσου κατά περίπου 30-40% συγκριτικά με τις γυναίκες [12]. Αυτό διαπιστώνεται και στο δείγμα της παρούσας μελέτης, οι άνδρες αποτελούν το 75% (41 άτομα) του δείγματος ενώ οι γυναίκες το 25% (14 άτομα).

Επίσης, ως προς το φύλο, υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι το ανδρικό φύλο εμφανίζει πιο ανθυγιεινό προφίλ συγκριτικά με το γυναικείο [23, 57]. Από την άλλη πλευρά όμως ευρήματα άλλων μελετών έδειξαν ότι οι γυναίκες παρουσίαζαν ένα λιγότερο υγιεινό προφίλ [53, 73, 34]. Καθώς λοιπόν τα αποτελέσματα των μελετών είναι διφορούμενα ως προς το φύλο και τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων με ΣΨΝ, θεωρήθηκε σκόπιμο στην παρούσα μελέτη να μελετηθεί η σχέση των δυο αυτών μεταβλητών.

Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η επαγγελματική κατάσταση (ανεργία), σχετίζονται με έναν πιο ανθυγιεινό τρόπο ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή [64, 57].

Προκειμένου να καθορίσουμε την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του δείγματος, χρησιμοποιήσαμε μια προσαρμοσμένη φόρμα ταξινόμησης του Ηνωμένου Βασιλείου, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί και σε προηγούμενες μελέτες. Συγκεκριμένα ορίστηκαν 3 κατηγορίες: υψηλή, μεσαία και χαμηλή, με βάση το οικογενειακό ετήσιο εισόδημα τους, και κατηγοριοποιήθηκαν στις εν λόγω κλάσεις [70]. Στην παρούσα μελέτη όλο το δείγμα των ασθενών βρίσκεται στα όρια της φτώχειας και το 50% βρίσκεται κάτω από τα όρια της φτώχειας, με βάση τα εισοδηματικά κριτήρια που επικρατούν στον Ελλαδικό χώρο. Αν και η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και της υγείας είναι ευρέως αποδεκτή, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με έχουν πιο κακή διατροφή σε σχέση με την χαμηλότερη κοινωνική τάξη του γενικού πληθυσμού [58, 57]. Συνεπώς κρίνεται σκόπιμο να μελετηθεί στην παρούσα μελέτη η σχέση των δύο αυτών μεταβλητών.

Η μεταβλητή της οικογενειακής κατάστασης φαίνεται να παίζει ρόλο στις διατροφικές τους επιλογές, σύμφωνα με έρευνες έχει φανεί ότι τα άτομα που είναι διεζευγμένα εμφανίζουν έναν λιγότερο υγιεινό τρόπο ζωής [22].

Σχετικά με την μεταβλητή του τρόπου ζωής, θεωρήσαμε σκόπιμο να εξετάσουμε τα επίπεδα των διατροφικών επιλογών των ασθενών σε σχέση με τον τρόπο ζωής. Υποθέσαμε πως εάν ο ασθενής ζει με άλλους (σύζυγο, παιδιά, μητέρα) ενδέχεται να εμφανίζει ένα υγιεινότερο διατροφικό προφίλ.

Συνεπώς, η μελέτη των μεταβλητών εκείνων των διατροφικών συνηθειών και του τρόπου ζωής κρίνεται σκόπιμη.

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος της μελέτης διαμένει σε χωριά σε ποσοστό 55% και σε κωμοπόλεις το 45%. Σύμφωνα με στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ, ως κωμοπόλεις στην Ελλάδα ορίζονται οι περιοχές με πληθυσμό από 2000 έως 9.999 κατοίκους.

Στον πίνακα 4 αναφέρονται κάποιες από τις κωμοπόλεις των νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας με τους αντίστοιχους πληθυσμούς, από τις οποίες προέρχονται τα άτομα του δείγματος της μελέτης.

Πίνακας 5. Κωμοπόλεις και Πληθυσμός των Νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας.

Κωμοπόλεις	Νομός Ιωαννίνων	Νομός Θεσπρωτίας	Αριθμός κατοίκων
	Κόνιτσα		2942
	Μέτσοβο		5924
	Πράμαντα		2194
		Παραμυθιά	3032
		Μαργαρίτι	3032

Η μεταβλητή του τόπου διαμονής έχει ενδιαφέρον προς διερεύνηση σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων με ΣΨΝ, προκειμένου να σκιαγραφηθεί το διατροφικό προφίλ των δυο ομάδων και να παρατηρήσουμε πιθανές διαφορές.

Θέλοντας να αποκτήσουμε μια σύντομη σκιαγράφιση των χαρακτηριστικών του πληθυσμού της μελέτης, συγκεντρώσαμε τα κοινωνικο-δημογραφικά τους στοιχεία στο Πίνακα 6 που ακολουθεί

Πίνακας 6. Κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα του δείγματος.

Φύλο

Ανδρες 75% (41/55)

Γυναίκες 25% (14/55)

Ηλικία/ έτη

Μέσος όρος 51,49

Οικογενειακή κατάσταση

Άγαμοι 76,4% (42/55)

Έγγαμοι 10,9% (6/55)

Διαζευγμένοι 9,1% (5/55)

Χήροι 3,6% (2/55)

Οικονομική κατάσταση

Χαμηλή 50,9% (28/55)

Μέτρια 47,3% (26/55)

Καλή 91 (1,8%)

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Αναλφάβητοι 18,2% (10/55)

Α΄βάθμια 16,4% (9/55)

Β΄βάθμια 50,9% (29/55)

Γ βάθμια 29,1% (16/55)

1,8% (91)

Τρόπος ζωής

Ζει με άλλους (μητέρα, αδέρφια, γονείς) 70,9% (39/55)

Ζει μόνος 29,1% (16/55)

Επαγγελματική κατάσταση

Ανεργοι 78,2% (43/55)

Εργαζόμενοι 5,5% (93/55)

Συνταξιούχοι 16,4% (9/55)

Τόπος διαμονής

Κωμοπόλεις 29,1% (43/55)

Χωριά 70,9% (12/55)

ii) Η *δεύτερη κατηγορία* περιελάμβανε τις κλινικές παραμέτρους: Φαρμακευτική αντιψυχωτική αγωγή: 1ης γενιάς, 2ης γενιάς ή συνδυασμός των δύο αντιψυχωτικών), λήψη βενζοδιαζεπινών (αν λάμβαναν ή όχι), Ιατρικό ιστορικό/σωματική νοσηρότητα (ύπαρξη Αρτηριακής Υπέρτασης, Υπερλιπιδαιμίας, Σακχαρώδη Διαβήτη, Μεταβολικού Συνδρόμου), Ψυχιατρικό Ιστορικό (Αριθμός νοσηλειών, διάρκεια νόσου σε έτη), Κατάχρηση ουσιών (ιστορικό αλκοόλ, ουσιών), Κάπνισμα (αν είναι καπνιστές ή όχι).

Τα αποτελέσματα των μελετών που έχουν διεξαχθεί, δείχνουν να μην βρίσκονται σε συμφωνία, ως προς την επίδραση της αντιψυχωτικής αγωγής στις διατροφικές συνήθειες. Κάποιες μελέτες αναφέρουν αυξημένη πρόσληψη θερμίδων και κατανάλωσης γλυκών με την λήψη άτυπου σκευάσματος [71] ενώ στη μελέτη των [60], δεν αναφέρεται καμία σημαντική διαφορά .

Στη παρούσα μελέτη οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις κατηγορίες βάσει του σκευάσματος που λάμβαναν: στην πρώτη κατηγορία ήταν αυτοί που λάμβαναν αντιψυχωτική αγωγή 1ης γενιάς /κλασσικά, στην δεύτερη όσοι λάμβαναν 2ης γενιάς/άτυπα και στην τρίτη αυτοί όσοι λάμβαναν συνδυασμό κλασσικά και άτυπα, με σκοπό να συσχετιστεί η λήψη της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής με τις διατροφικές συνήθειες και με το BMI των ασθενών.

Στις κλινικές παραμέτρους συμπεριλήφθηκε η μεταβλητή των βενζοδιαζεπινών σχετικά με την λήψη ή όχι από κάποιους ασθενείς. Με βάση την βιβλιογραφία η λήψη τους έχει συσχετιστεί με μεγαλύτερη καταστολή των ατόμων, η οποία συμβάλει στην ενίσχυση της καθιστικής ζωής των ασθενών και συνεπώς, στην αύξηση του σωματικού τους βάρους[72].

Τα σωματικά νοσήματα που καταγράφηκαν για καθένα από τους ασθενείς του δείγματος, έγινε βάσει της επίσημης διάγνωσης, που είχε τεθεί από τους ιατρούς της ΠΦΥ και του φαρμακευτικού σκευάσματος το οποίο λάμβαναν για κάθε νόσημα. Ως προς την ύπαρξη σωματικής νοσηρότητας, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η μη υγιεινή διατροφή, αποτελεί έναν από τους παράγοντες που εμπλέκεται στην ανάπτυξη μεταβολικών ανωμαλιών[10] Θεωρείται σκόπιμο να εξεταστούν τα επίπεδα σωματικής νοσηρότητας σε σχέση με τις διατροφικές τους συνήθειες.

Είναι γνωστό ότι τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επίπτωσης του καπνίσματος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό [22]. Όσον αφορά τα ευρήματα των μελετών που εξέτασαν το κάπνισμα σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες ατόμων με ψυχωτική διαταραχή δείχνουν να μην είναι σταθερά[23,51,61]

Επιπρόσθετα, στους ασθενείς αυτούς έχει μελετηθεί εκτενώς, η σχέση μεταξύ καπνίσματος και δημογραφικών χαρακτηριστικών και έχει βρεθεί θετική συσχέτιση με το ανδρικό φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, τη χρήση αλκοόλ, την ανεργία, την οικογενειακή κατάσταση(διεzeugμένοι) και με τον μεγαλύτερο αριθμό νοσηλειών του ατόμου[22].Συνεπώς, αν και υπάρχει συσχέτιση του καπνίσματος και των δημογραφικών χαρακτηριστικών, δεν φαίνεται να

υπάρχει ξεκάθαρη εικόνα για την σχέση καπνίσματος και διατροφικών συνηθειών. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται σκόπιμο στην παρούσα μελέτη να μελετηθεί η σχέση μεταξύ αυτών των μεταβλητών.

Πίνακας 7.Κλινικά δεδομένα του δείγματος

Μ.Ο Διάρκειας νόσου (έτη)	25,09
Μ.Ο Αριθμός νοσηλειών	1,72
Είδος αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής	
Ατυπο/1ης γενιάς	80% (44/55)
Κλασσικό /2ης γενιάς	12,7% (7/55)
Συνδυασμός (1ης και 2ης γενιάς)	7,3% (7/55)
Καπνιστές	54,5% (30/55)
Μη καπνιστές	45,5% (20/55)
Ιστορικό κατάχρησης ουσιών(αλκοόλ)	
Ναι	20% (11/55)
Όχι	80% (44/55)

iii) Η τρίτη κατηγορία περιελάμβανε ανθρωπομετρικές μετρήσεις.

Καταγράφηκε το βάρος σε κιλά και το ύψος σε εκατοστά αντίστοιχα με τη χρήση ζυγαριάς και αναστιόμετρου που υπήρχαν στα Κέντρα Υγείας. Το αναστιόμετρο ήταν προσαρμοσμένο στον τοίχο με προσέγγιση 0,5 cm. Για τους ασθενείς που αξιολογήθηκαν σε κατ'οίκον επίσκεψη, η μέτρηση του σωματικού τους βάρους έγινε με την χρήση αναλογικής ζυγαριάς τύπου OEM και η λήψη του ύψους με την χρήση μέτρου σε (cm).

Ο βαθμός της παχυσαρκίας αξιολογήθηκε με τον προσδιορισμό του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) και υπολογίστηκε με βάση τον τύπο Βάρος (κιλά) / Ύψος(μέτρα)² για κάθε συμμετέχοντα. Η ταξινόμηση έγινε σύμφωνα με τον WHO ως εξής: με Φυσιολογικό Βάρος χαρακτηρίστηκαν όσοι είχαν ΔΜΣ από 18.5 ως 24.9, Υπέρβαροι από 25.0 έως 29.9, Παχύσαρκοι Ι από 30.0 έως 34.9, Παχύσαρκοι ΙΙ από 35.0 έως 39.9 , Παχύσαρκοι ΙΙΙ >40.0.

Τα δεδομένα της βιβλιογραφίας ως τώρα μας δείχνουν ότι η παχυσαρκία απαντάται σε ένα μεγάλο ποσοστό σε άτομα με ψύχωση και ο επιπολασμός αυτής είναι 1.5 έως 4 φορές υψηλότερος από εκείνον του γενικού πληθυσμού[7].

iv) Και η **τετάρτη κατηγορία** περιελάμβανε τις κλίμακες: Dietary Instrument for Nutrition Education (DINE) Questionnaire [73] προκειμένου να αξιολογηθούν οι διατροφικές συνήθειες των ατόμων του δείγματος και την κλίμακα Quality of life Questionnaire II Moorehead-Ardelt[74] με την οποία αξιολογήθηκε η ποιότητα ζωής τους.

Η μέθοδος DINE(Dietary Instrument for Nutrition Education) αποτελεί ένα εργαλείο αξιολόγησης της διατροφής, το οποίο εφαρμόζεται σε προγράμματα προαγωγής υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο το οποίο παρέχει μια σύντομη αρχική εκτίμηση της πρόσληψης ολικού λίπους και φυτικών ινών, κατηγοριοποιώντας τους ερωτηθέντες σε υψηλή, μεσαία ή χαμηλή πρόσληψη φυτικών ινών, κορεσμένων και ακόρεστων λιπαρών οξέων με βάση το άθροισμα που δίνουν στη κάθε κατηγορία.

Αυτό το δομημένο ερωτηματολόγιο δεν απαιτεί εξειδικευμένες διατροφικές γνώσεις και μπορεί να χορηγηθεί από επαγγελματίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, ο ερωτώμενος μπορεί να σκοράρει σε λιγότερο από 10 λεπτά. Στην παρούσα μελέτη χορηγήθηκε από την ερευνήτρια και μια ακόμη μια επαγγελματία ψυχικής υγείας, της ΚΜΨΥ Ι-Θ όπως προαναφέρθηκε. Η κλίμακα DINE έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές μελέτες στην διεθνή βιβλιογραφία προκειμένου να αξιολογηθούν οι διατροφικές συνήθειες σε άτομα που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή [75,55].

Σε σχετική αναζήτηση της βιβλιογραφίας η κλίμακα δεν βρέθηκε μεταφρασμένη στην Ελληνική γλώσσα. Έτσι, η κλίμακα μεταφράστηκε από τα Αγγλικά στα Ελληνικά από την ερευνήτρια ακολουθώντας την διαδικασία διασφάλισης της εγκυρότητας της. Η εγκυρότητα ελέγχθηκε από εμπειρογνώμονες του τομέα. Η μεταφρασμένη έκδοση στάλθηκε σε ανεξάρτητους εμπειρογνώμονες που τους ζητήθηκε να μεταφράσουν την κλίμακα από την Ελληνική στην Αγγλική προκειμένου να διασφαλισθεί ότι η ελληνική έκδοση βρίσκεται σε συμφωνία με το πρωτότυπο. Επίσης σε δεύτερο στάδιο δημιουργήθηκε μια ομάδα από την οποία ζητήθηκε ανατροφοδότηση για τα ερωτήματα της κλίμακας, προκειμένου να αποφευχθούν ασυνέπειες και να επιτευχθεί ο επιδιωκόμενος σκοπός. Συγκεκριμένα ένα ζήτημα που έχριζε προς επίλυση ήταν η μετατροπή των pints σε ml. Σύμφωνα με ειδικούς διασφαλίστηκε ότι δεν υπήρξε διαπολιτισμικό χάσμα.

Με την χρήση του ερωτηματολογίου DINE οι ερωτηθέντες καλούνταν να απαντήσουν στις ακόλουθες ερωτήσεις, όπως παρατίθενται στο παρακάτω

Πίνακας 8 Κλίμακα αξιολόγησης των Διατροφικών Συνηθειών DINE (Dietary Instrument for Nutrition Education)[73]

-
- 1.Ποσές φέτες την ημέρα τρώτε από τα ακόλουθα είδη ψωμιού (άσπρο, ολικής αλέσεως και πολύσπορο ψωμί).
 2. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα είδη δημητριακών ή κουάκερ για πρωινό (Frosties, Coco Pops,Corn Flakes, Special K, κουάκερ, βρώμη, σιτάρι, Weetabix,
-

muesli).

3. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα τρόφιμα(Ζυμαρικά ή ρύζι, Πατάτες, Αρακά, Φασόλια ή Φακές, Φρούτα, Αλλά λαχανικά).

Οι ερωτήσεις (1,2,3) αξιολογούν την πρόσληψη Φυτικών ινών.

Όσοι σκοράρουν λιγότερο από 30 χαρακτηρίζονται με χαμηλή πρόσληψη, από 30 έως 40 με Μέτρια και Περισσότερο από 40 με υψηλή πρόσληψη.

4. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα τρόφιμα: (Τυρί, Μπιφτέκια ή Λουκάνικα, Μοσχάρι- χοιρινό ή αρνί, Μπέικον, αλλαντικά ή κρεατόπιτα, Κοτόπουλο ή γαλοπούλα, Ψάρι, Οποιαδήποτε τηγανητά τρόφιμα , Κέικ, γλυκά, κρουασάν, Μπισκότα, σοκολάτες, πατατάκια.

5.Πόσο από τους ακόλουθους τύπους γάλακτος χρησιμοποιείτε κάθε μέρα παράδειγμα στα δημητριακά, τσάι ή καφέ(Πλήρες, Ημι-αποβουτυρωμένο, Αποβουτυρωμένο)

6. Πόσα κουταλάκια του γλυκού την ημέρα χρησιμοποιείτε συνήθως από τα ακόλουθα είδη spreads, στο ψωμί, σάντουιτς, τοστ, πατάτες, λαχανικά.

Μαργαρίνη, Βούτυρο ή Μαργαρίνη με λάδι, και με Χαμηλά λιπαρά -Flora Light, Pro-active

Οι ερωτήσεις (4,5,6) αξιολογούν την πρόσληψη Λιπαρών Οξέων.

Όσοι σκοράρουν λιγότερο από 30 χαρακτηρίζονται με χαμηλή πρόσληψη, από 30 έως 40 με Μέτρια και Περισσότερο από 40 με υψηλή πρόσληψη

7. Τι είδος λίπος χρησιμοποιείτε συνήθως; Βούτυρο, Μαργαρίνη, Μαργαρίνη με χαμηλά λιπαρά, Ελαιόλαδο.

Η ερώτηση 7 αξιολογεί την πρόσληψη Ακόρεστων λιπαρών οξέων. Όσοι σκοράρουν λιγότερο από 6 χαρακτηρίζονται με χαμηλή πρόσληψη, από 6 έως 9 με Μέτρια και Περισσότερο από 9 με υψηλή πρόσληψη.

Το ερωτηματολόγιο Moorehead-Ardelt Quality of life questionnaire II -Ποιότητας Ζωής αναπτύχθηκε αρχικά ως μέσο για τη μέτρηση της μετεγχειρητικής έκβασης της ποιότητας ζωής (ΠΖ) σε παχύσαρκους ασθενείς. Μεταφράστηκε και σταθμίστηκε στην Ελληνική γλώσσα[73]. Αποτελείται από 6 ερωτήσεις που απαντώνται σε μια δεκαθάμια κλίμακα. Η βαθμολογία κυμαίνεται από -0,5 έως 0,5 με διαβάθμιση 0,1για κάθε κουτάκι από αριστερά προς τα δεξιά. Το αριστερό άκρο παριστά το χειρότερο και το δεξιό άκρο το καλύτερο επίπεδο Ποιότητας Ζωής (ΠΖ). Η βαθμολογία των επιμέρους ερωτήσεων αθροίζεται και η τελική βαθμολογία μπορεί να κυμαίνεται από -3 έως +3.Τιμές της τάξης 2,1-3 θεωρούνται πολύ καλές, 1,1 με 2 καλές και -1 έως 1 αποδεκτές. Εξετάζει 6 βασικούς τομείς: την αυτοεκτίμηση, τη φυσική δραστηριότητα, κοινωνικές επαφές, την δυνατότητα εργασίας, τη σεξουαλική ζωή και τη διατροφική συμπεριφορά. Η χρήση της είναι απλή και ο χρήστης μπορεί να την ολοκληρώσει σε <1 λεπτό. Ωστόσο για τους ασθενείς της παρούσας μελέτης απαιτούνταν

περισσότερος χρόνος για την συμπλήρωσή της καθώς σε κάποια ερωτήματα της κλίμακας χρειάζονταν περαιτέρω επεξήγηση.

Πίνακας 9. Κλίμακα Ποιότητας Ζωής Αυτοεκτίμησης και Επιπέδου Δραστηριότητας των Moorehead-Ardelt[74]

-
- | |
|--|
| 1. Συνήθως αισθάνομαιΠολύ άσχημα για τον εαυτό μου[1] και Πολύ καλά με τον εαυτό μου[10] |
| 2. Απολαμβάνω τις φυσικές δραστηριότητες.....Καθόλου[1] και Πάρα πολύ[10] |
| 3. Έχω ικανοποιητικές κοινωνικές επαφέςΚαμία[1] και Πάρα πολλές[10] |
| 4. Αισθάνομαι ικανός να εργασθώ..... Καθόλου[1] και Πάρα πολύ[10] |
| 5. Η ικανοποίηση που παίρνω στον σεξουαλικό τομέα είναι..... Καθόλου[1] και Πάρα πολύ[10] |
| 6. Ο τρόπος που προσεγγίζω το φαγητό είναι..... Ζω για να τρώω[1] και Τρώω για να ζω[10] |
-

4.4 Στατιστική ανάλυση

Έγινε ηλεκτρονική καταγραφή και κωδικοποίηση των δεδομένων προκειμένου να γίνει στατιστική επεξεργασία.

Το επίπεδο σημαντικότητας για το οποίο διενεργήθηκαν όλοι οι έλεγχοι των υποθέσεων καθορίστηκε να είναι επίπεδο $p < 0,05$. Τα αποτελέσματα αναλύθηκαν με την χρήση του Στατιστικού πακέτου R.

Για την παρουσίαση των ποιοτικών μεταβλητών της παρούσας έρευνας χρησιμοποιούνται διαγράμματα σε μορφή πίτας. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε πρωτογενής περιγραφική στατιστική ανάλυση για να ληφθεί μια γενική κατανομή του κοινωνικο-δημογραφικού υπόβαθρου των ερωτηθέντων.

Θα πρέπει να αναφερθεί πως οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται επιγραμματικά.

Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, προκειμένου να εξερευνηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις, χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα είδη αναλύσεων, t-test, Fisher's test και λογιστική παλινδρόμηση. Οι συγκρίσεις που αφορούσαν σε μη ποσοτικές μεταβλητές (φύλο, φαρμακευτική αγωγή), έγιναν με τη δοκιμασία χ^2 .

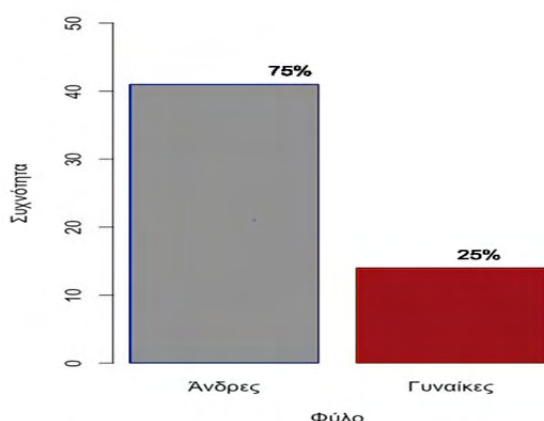
Κεφάλαιο 5^ο

5.1 Ερευνητικά αποτελέσματα

Σκιαγράφηση Δημογραφικών χαρακτηριστικών

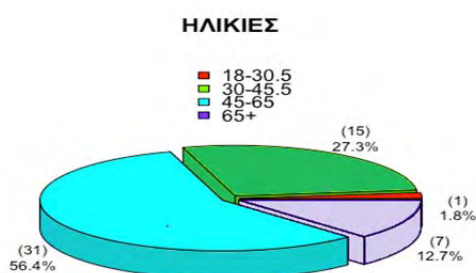
Αρχικά βλέπουμε ότι οι άνδρες του δείγματος είναι περισσότεροι σε σχέση με τις γυναίκες με ποσοστά 75% (άτομα) και 25% αντίστοιχα.

Διάγραμμα 1. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση το Φύλο



Αναφορικά με την **ηλικιακή κατανομή** του δείγματος παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς οι 31 είναι στην ηλικία μεταξύ 45 έως 65 ετών, σε ποσοστό 56,4%, ακολουθεί ένα πλήθος 15 ασθενών μεταξύ 30 και 45,5 ετών σε ποσοστό 27,3% , 7 ασθενείς είναι πάνω από 65 ετών (12,7%) και 1 ασθενείς είναι 18 ετών(1,8%). Ο μέσος όρος της ηλικίας του δείγματος είναι τα 51,49 έτη.

Διάγραμμα 2. Ηλικιακή κατανομή του δείγματος



Όσον αφορά την **οικογενειακή κατάσταση** του δείγματος μας, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό είναι άγαμοι με 76,4% των ασθενών, το 10,9% είναι έγγαμοι, το 9,1% διαζευγμένοι και το 3,6% χήροι.

Διάγραμμα 3. Οικογενειακή κατάσταση



Στη συνέχεια, αναφορικά με το **μορφωτικό επίπεδο** βλέπουμε ότι το 50,9% του δείγματος έχει βασική εκπαίδευση, το 29,1% είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 16,4% δεν τελείωσε το Δημοτικό, ακολουθεί ένα μικρό δείγμα μόλις 1,8% που έχει Γ βάρθμια εκπαίδευση και τέλος το 1,8% είναι Αναλφάβητοι.

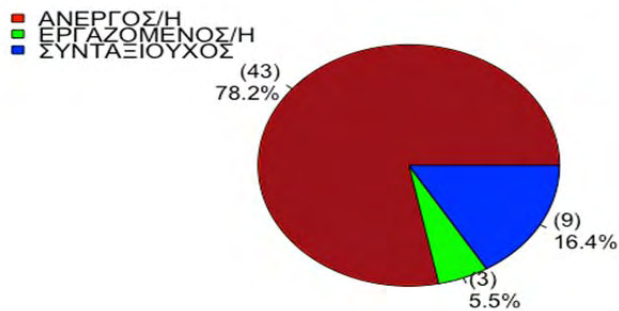
Διάγραμμα 4. Επίπεδο Εκπαίδευσης



Σκιαγραφώντας το **επαγγελματικό προφίλ** των ατόμων του δείγματος, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό με 78,2% είναι άνεργοι, το 16,4% εργαζόμενοι και το 5,5% είναι συνταξιούχοι.

Διάγραμμα 5 Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την Επαγγελματική κατάσταση

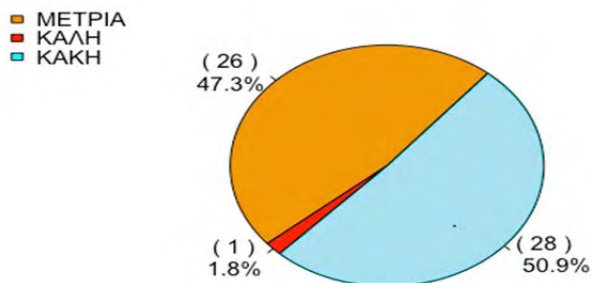
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ



Συνεχίζοντας, παρατηρούμε ότι αναφορικά με την *οικονομική κατάσταση* του δείγματος υπάρχει μια συμμετρία, το 50,9 % έχει χαμηλή(κακή) οικονομική κατάσταση, το 47,3% έχει μεσαία(μέτρια) και το 1,8% καλή.

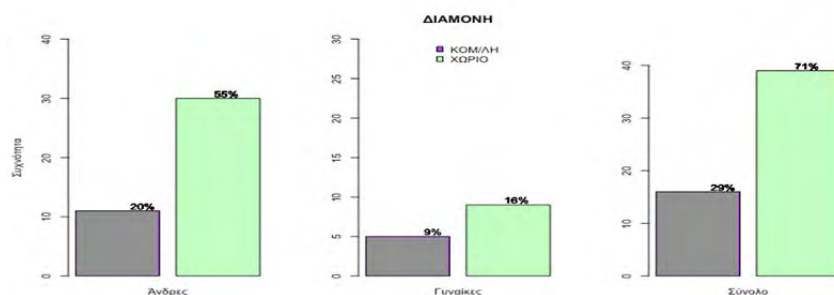
Διάγραμμα 6. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση την οικονομική κατάσταση

Οικονομική Κατάσταση



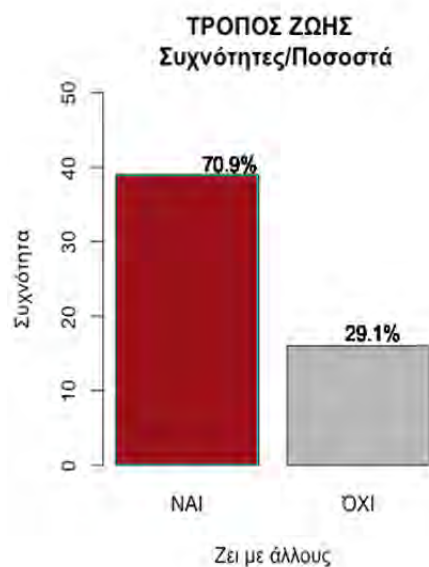
Αναφορικά με τον *τόπο διαμονής* του δείγματος και γνωρίζοντας ότι όλα τα άτομα της μελέτης προέρχονται από περιοχές της υπαίθρου, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό μένει σε χωριά 71% και το 29% σε κωμοπόλεις.

Διάγραμμα 7. Τόπος Διαμονής



Σχετικά με τον τρόπο ζωής του δείγματος παρατηρούμε ότι μεγαλύτερο ποσοστό 70,9% ζει μαζί με άλλους (σύζυγο, μητέρα, οικογένεια) και μόλις το 29,1 ζει μόνο.

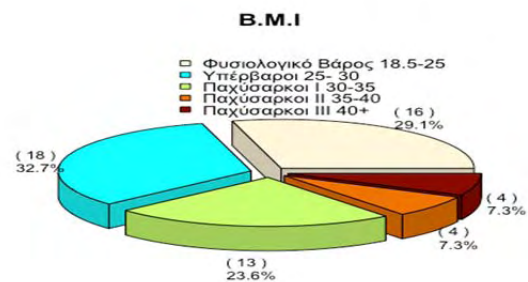
Διάγραμμα 8. Ποσοστιαία κατανομή με βάση τον Τρόπος ζωής



Δείκτης Μάζας Σώματος

Με βάση τον τύπο που υπολογίζει τον Δείκτη Μάζας Σώματος, Βάρος (kg)/ύψος (m)² έγινε η κατηγοριοποίηση των ασθενών ως εξής: Φυσιολογικό Βάρος με ΔΜΣ από 18.5 ως 24.9, Υπέρβαροι από 25.0 έως 29.9, Παχύσαρκοι Ι από 30.0 έως 34.9, Παχύσαρκοι ΙΙ από 35.0 έως 39.9, Παχύσαρκοι ΙΙΙ >40.0. Παρατηρούμε λοιπόν ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος είναι Παχύσαρκοι <30 kg/m² με ποσοστό που ανέρχεται στο 38,2% (21 άτομα), ακολουθούν οι Υπέρβαροι με ποσοστό 32,7% (18 άτομα) και τέλος οι ασθενείς με Φυσιολογικό σωματικό βάρος ανέρχονται στο 29,1% (16 άτομα).

Διάγραμμα 9. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος με βάση τον Δείκτη Μάζας Σώματος



Πίνακας 10. Κατανομή του δείγματος με βάση τον ΔΜΣ ως προς το Φύλο

	Γυναίκες	Άνδρες	Σύνολο
Min.	19.72	20.52	19.72
1st Qu.	27.57	24.06	24.18
Median	31.78	27.06	28.34
Mean	34.43	27.53	29.29
3rd Qu.	41.73	30.46	31.88
Max.	49.6	38.06	49.6

Ως προς την κατανομή των συμμετεχόντων του δείγματος στις κατηγορίες του ΔΜΣ με βάση το φύλο παρατηρούμε ότι το γυναικείο φύλο παρουσιάζει υψηλότερο μέσο όρο ΔΜΣ $34,43\text{kg/m}^2$, σε σχέση με το ανδρικό φύλο, το οποίο εμφανίζει ΔΜΣ $27,53\text{kg/m}^2$.

Επίσης έγινε σύγκριση των Μ.Ο του ΔΜΣ των δυο φύλων μέσω της μεθόδου t-test και βρέθηκε ότι το γυναικείο φύλο έχει στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ΔΜΣ σε σχέση με το ανδρικό ($P.v= 0.02$)

Διατροφικές Συνήθειες

Σκιαγραφώντας την επίδραση των δημογραφικών στοιχείων στην κλίμακα αξιολόγησης των διατροφικών συνηθειών (DINE) που εφαρμόστηκε στο δείγμα παρατηρούμε αρχικά αναφορικά με το φύλο, ότι δεν επηρεάζει την βαθμολογία της κλίμακας, καθώς δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά.

Με βάση τις απαντήσεις που έδωσαν οι ερωτηθέντες στην κλίμακα DINE παρατηρούμε ότι το γυναικείο φύλο σε σχέση με το ανδρικό εμφανίζει υψηλότερη κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών και χαμηλότερη κατανάλωση σε φυτικές ίνες όπως παρατηρείται στον Πίνακα 8 που ακολουθεί.

Πίνακας 11. Διατροφικές συνήθειες ανά φύλο (n=55)

	Άρρεν	Θήλυ	Σύνολο
DINE FAT Χαμηλή	25.5% (14)	3.6% (2)	29.1%(16)
DINE FAT Μέτρια	21.8% (12)	9.1% (5)	30.9% (17)
DINE FAT Υψηλή	27.3%(15/55)	12.7% (7/55)	40.0% (22/55)
Σύνολο	74,6%(41)	25,4% (14)	100% (55)
DINE FIBRE Χαμηλή	70.9%(39/55)	25.5%(14/55)	96.4%(53/55)
DINE FIBRE Μέτρια	3.6%(2)	0%	3.6% (2)
DINE FIBRE Υψηλή	0%	0%	0%
Σύνολο	74,6%(41)	25,4% (14)	100% (55)
DINE UNSATURATED Χαμηλή	1.8% (1)	0%	1.8% (1)
DINE UNSATURATED Μέτρια	3.6%(2)	1.8%(1)	5.4%(3)
DINE UNSATURATED Υψηλή	69.2%(38/55)	23.6%(13/55)	92.8%(51/55)
Σύνολο	74,6%(41)	25,4% (14)	100% (55)

Αναφορικά με τα ευρήματα των διατροφικών επιλογών των ατόμων του δείγματος, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό δεν καταναλώνει φυτικές ίνες με ποσοστό 96.4%. Ως προς την κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών παρατηρούμε ότι οι επιλογές και των δύο φύλων διαχέονται και στις 3 κατηγορίες (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) με τα αντίστοιχα ποσοστά, χαμηλή εμφανίζει το 30,9%(17/55), μέτρια το 29,1% (16/55) και υψηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών το 40%(22/55). Και όσον αφορά την κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών οξέων παρατηρούμε ότι σχεδόν στην ολότητα του το δείγμα παρουσιάζει υψηλή κατανάλωση με ποσοστό που ανέρχεται στο 92,8%.

Πίνακας 12. Διατροφικές Συνήθειες με βάση τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα.

ΛΙΠΑΡΑ	ΦΥΤΚΕΣ ΙΝΕΣ			ΚΟΡΕΣΜΕΝΑ ΛΙΠΑΡΑ			ΑΚΟΡΕΣΤΑ		
	ΧΑΜΗΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ	ΧΑΜΗΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ	ΧΑΜΗΛΗ	ΜΕΤΡΙΑ	ΥΨΗΛΗ
ΑΓΑΜΟΙ	72,70%	3,60%	0,00%	21,80%	21,80%	32,7%	0,00%	5,50%	69,10%
ΕΓΓΑΜΟΙ	9,10%	0,00%	0,00%	1,80%	7,30%	1,80%	0,00%	0,00%	10,90%
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΙ	10,90%	0,00%	0,00%	1,80%	1,80%	3,60%	0,00%	0,00%	9,10%
ΧΗΡΟΙ	3,60%	0,00%	0,00%	0,00%	1,80%	1,80%	0,00%	0,00%	3,60%
ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	52,70%	1,80%	0,00%	16,40%	14,50%	23,6%	1,80%	1,80%	50,90%
ΜΗ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ	43,60%	1,80%	0,00%	12,70%	16,40%	16,4%	0,00%	3,60%	41,80%
ΖΟΥΝ ΜΟΝΟΙ	29,10%	0,00%	0,00%	3,70%	12,70%	12,7%	0,00%	0,00%	27,30%
ΖΟΥΝ ΜΕ ΑΛΛΟΝ	67,30%	3,60%	0,00%	25,50%	18,20%	27,3%	0,00%	5,50%	65,50%

Στη συνέχεια η μεταβλητή της *οικογενειακής κατάστασης* επίσης δεν επηρεάζει την βαθμολογία της κλίμακας DINE, καθώς δεν υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά.

Παρατηρούμε ωστόσο, ότι το μεγαλύτερο μέρος είναι άγαμοι εμφανίζοντας χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών σε ποσοστό 72,7%, ως προς την κατανάλωση των κορεσμένων λιπαρών παρατηρούμε επίσης ότι οι επιλογές διαχέονται και στις 3 κατηγορίες (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) ως εξής το 32,7% εμφανίζει υψηλή, το 21,8% μέτρια και το άλλο 21,8% χαμηλή κατανάλωση, και ως προς την κατηγορία των ακόρεστων λιπαρών το μεγαλύτερο μέρος παρουσιάζει υψηλή κατανάλωση της τάξεως 69,1%. Ακολουθούν οι διεζευγμένοι και οι έγγαμοι με επίσης χαμηλή κατανάλωση φυτικών με ποσοστό 10,9% και 9,1% αντίστοιχα.

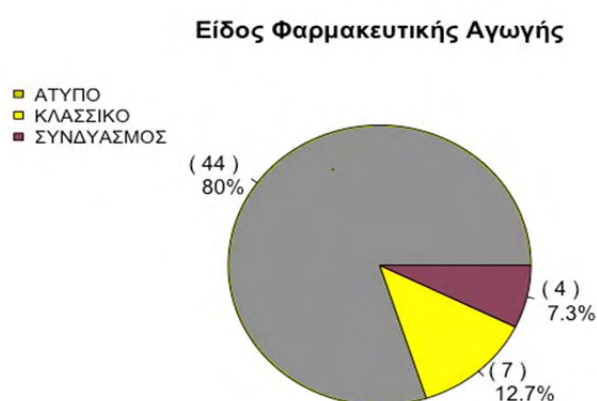
Ως προς την μεταβλητή του *καπνίσματος* παρατηρούμε ότι οι καπνιστές εμφανίζουν χαμηλότερη κατανάλωση φυτικών ινών με ποσοστό 52,7% (30/55) σε σύγκριση με τους μη καπνιστές 43,6%(25/55), και ως προς την κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών παρατηρούμε ότι οι επιλογές και των δυο ομάδων διαχέονται στις 3 κατηγορίες χαμηλή, μέτρια και υψηλή. Ως προς την κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών οξέων παρατηρούμε ότι και οι δυο ομάδες εμφανίζουν υψηλή κατανάλωση.

Συνεχίζοντας, αναφορικά με τον τρόπο ζωής παρατηρούμε ότι τόσο τα άτομα που ζουν μόνα τους όσο και εκείνα που ζουν μαζί κάποιον άλλον εμφανίζουν χαμηλά ποσοστά κατανάλωσης φυτικών ινών. Σχετικά με την κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών παρατηρούμε ότι τα άτομα που ζουν μαζί με άλλον παρουσιάζουν μια σχεδόν συμμετρική κατανομή ως προς τον βαθμό κατανάλωσης (χαμηλή, μέτρια, υψηλή) και τα άτομα που ζουν μόνα τους μια ίση κατανομή ως προς την μέτρια και υψηλή κατανάλωση. Και στην κατηγορία των ακόρεστων λιπαρών, παρατηρούμε ότι και οι δυο ομάδες εμφανίζουν υψηλή κατανάλωση.

Αντιψυχωτική Φαρμακευτική Αγωγή

Όπως παρατηρούμε στο διάγραμμα, ως προς το είδος της αντιψυχωτικής φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν οι συμμετέχοντες της μελέτης διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό, το 80% λαμβάνει άτυπο σκέυασμα, το 12,7% κλασσικό αντιψυχωτικό και το 7,3% συνδυασμό των δυο αντιψυχωτικών σκευασμάτων .

Διάγραμμα 10.Ποσοστιαία κατανομή με βάση το είδος της Αντιψυχωτικής Φαρμακευτικής αγωγής



Πινάκας 13.Δείκτης Μάζας Σώματος σε σχέση με το είδος Αντιψυχωτικής αγωγής

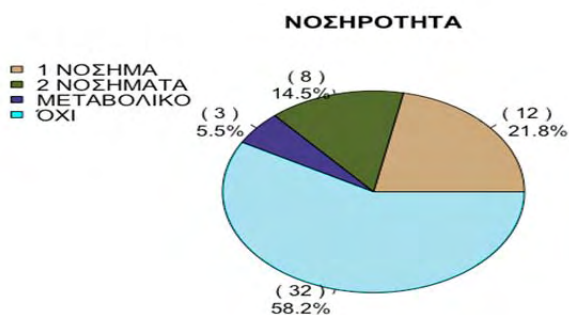
Είδος Αντιψυχωτικής αγωγής	Δείκτης Μάζας Σώματος (Μ.ο)
Κλασσικό	31,91kg/m ² (7/55)
Άτυπο	28,60 kg/m ² (44/55)
Συνδυασμός (Κλασσικό + Άτυπο)	28,26 kg/m ² (4/55)

Παρατηρούμε ότι τα άτομα του δείγματος της μελέτης που λάμβαναν 1ης γενιάς αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή παρουσίαζαν υψηλότερο Μ.Ο Δείκτη Μάζας Σώματος, με 31,91 kg/m², ακολουθούν τα άτομα εκείνα που λάμβαναν 2ης γενιάς σκευάσματα με Μ.Ο ΔΜΣ 28,60 kg/m² και τα άτομα που λάμβαναν συνδυασμό αντιψυχωτικής αγωγής με Μ.Ο ΔΜΣ 28,26 kg/m².

Σωματική Νοσηρότητα

Αναφορικά με τα ποσοστά εμφάνισης σωματικής νοσηρότητας στο δείγμα μας παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο μέρος 58,2% δεν εμφανίζει κάποιο σωματικό νόσημα, το 21,8% εμφανίζει τουλάχιστον μια νοσολογική οντότητα, το 14,5% έχει δύο σωματικά νοσήματα και το 5,5% πληροί τα κριτήρια για μεταβολικό σύνδρομο.

Διάγραμμα 11. Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σε σχέση την Σωματική Νοσηρότητα



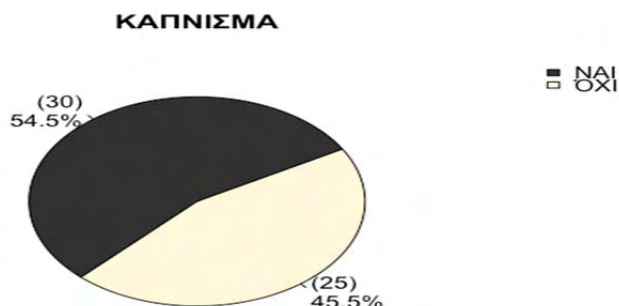
Όσον αφορά την διάρκεια νόσου των ασθενών του δείγματος, παρατηρούμε ότι για το 48,1% η νόσος υφίστανται από 11 έως 31 έτη, για το 33,3% από 32 έως 45 έτη, για το 16,7% από 1-10 έτη και περισσότερο από 45 έτη στο 1,9%, με μέσο όρο διάρκειας νόσου τα 25,09 έτη.

Διάγραμμα 12. Ποσοστιαία Κατανομή με βάση την Διάρκεια νόσου



Και τέλος αναφορικά με το κάπνισμα παρατηρούμε, ότι το 54,5% του δείγματος είναι καπνιστές και το 45,5% δεν καπνίζουν.

Διάγραμμα 13. Ποσοστιαία κατανομή με βάση το Κάπνισμα



Ποιότητας Ζωής Αυτοεκτίμησης και Επιπέδου Δραστηριότητας των Moorehead-Ardelt

Έγινε χρήση της κλίμακας Ποιότητα Ζωής Αυτοεκτίμησης και Επιπέδου Δραστηριότητας των Moorehead-Ardelt προκειμένου να ερευνησουμε τις πτυχές της ποιότητας Ζωής των ατόμων του δείγματος.

Έγινε συσχέτιση του ερωτηματολογίου και των χαρακτηριστικών των ατόμων του δείγματος που σχετίζονται με τη παχυσαρκία. Δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας και του ΔΜΣ των ατόμων του δείγματος.

Η μέση τιμή του συνόλου των απαντήσεων της κλίμακας Moorehead-Ardelt των ερωτηθέντων είναι 0,3 με τυπική απόκλιση 1,41. Οι ερωτηθέντες ταξινομήθηκαν με βάση την τελική βαθμολογία ύστερα από την άθροιση των επιμέρους ερωτήσεων στις ακόλουθες κατηγορίες ως εξής : "-1 έως 1 αποδεκτές", " από 1.1 έως 2 καλές" και "2,1 έως 3 πολύ καλές.

Συνεπώς, η συνολική εικόνα της Ποιότητας Ζωής του δείγματος όπως παρατηρούμε στον Πίνακα 14 αποτυπώνεται ως εξής: η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 69,9% βρίσκεται στα αποδεκτά όρια της ΠΖ, το 20 % έχει καλή ΠΖ, το 3,6% έχει πολύ καλή ΠΖ, ενώ στο 7,2% του δείγματος η ΠΖ χαρακτηρίζεται φτωχή.

Πίνακας 14. Τα αποτελέσματα της ΠΖ με βάση την κλίμακα Moorehead-Ardelt Questionnaire II

<-1 Φτωχές	7,2% (4/55)
-1 έως 1 Αποδεκτές	69,09% (35/55)
1.1 έως 2 Καλές	20% (11/55)
2,1 έως 3 Πολύ καλές	3,6% (2/55)

Επιπλέον, οι επιμέρους κατηγορίες της κλίμακας, μελετήθηκαν η καθεμία ξεχωριστά, προκειμένου να έχουμε μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα του δείγματος. Βρέθηκε λοιπόν η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για κάθε κατηγορία, και οι απαντήσεις ταξινομήθηκαν με βάση τις τρεις κατηγορίες. Οι τομείς που εξετάζει η κλίμακα αφορούν: την αυτοεκτίμηση, τη φυσική δραστηριότητα, τις κοινωνικές επαφές, την δυνατότητα εργασίας, τη σεξουαλική ζωή και τη διατροφική συμπεριφορά. Στον Πίνακα 11 παρατηρούμε την ταξινόμηση των ερωτηθέντων σε κάθε κατηγορία με βάση το μέση τιμή

Πίνακας 15. Ταξινόμηση βάσει τις κατηγορίες της κλίμακας Moorehead-Ardelt ΠΖ

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Ταξινόμηση
ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ	5,70	2,97	Αποδεκτές
ΦΥΣΙΚΗ	5,27	3,30	Αποδεκτές
ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ			
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΑΦΕΣ	5,50	3,11	Αποδεκτές
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ	4,50	3,21	Φτωχές
ΕΡΓΑΣΙΑΣ			
ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΖΩΗ	4,07	3,01	Φτωχές
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ	6,96	3,77	Καλές
ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ			

Όπως παρατηρούμε στους τομείς της αυτοεκτίμησης, της φυσικής δραστηριότητας, και κοινωνικών επαφών τα επίπεδα των ερωτηθέντων βρίσκονται εντός των αποδεκτών ορίων. Ενώ για τις κατηγορίες της εργασιακής δυνατότητας και σεξουαλικής ζωής είναι φτωχά.

Τέλος, ως προς την κατηγορία που εξετάζει την διατροφική συμπεριφορά, ο μέσος όρος των ερωτηθέντων απάντησε, ότι βρίσκεται σε καλά επίπεδα.

Κεφάλαιο 6^ο

Συζήτηση

Σύμφωνα με τα κυριότερα αποτελέσματα της έρευνας, όπως αυτά παρουσιάστηκαν και αναλύθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο και με βάση το θεωρητικό υπόβαθρο του θέματος της μελέτης αναφορικά με τις διατροφικές συνήθειες, την εμφάνιση παχυσαρκίας και την σωματική νοσηρότητα σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή παρατηρούμε τα ακόλουθα.

Δείκτης Μάζας Σώματος

Από την επεξεργασία των δεδομένων προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος εμφάνιζε παχυσαρκία με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$ σε ποσοστό 38,2%, το 32,7% του δείγματος ήταν Υπέρβαροι, με $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$, το οποίο αθροιστικά ανέρχεται στο 70,9%. Το εύρημα αυτό της παρούσας μελέτης συμπίπτει με τα αποτελέσματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, βάσει της οποίας το ποσοστό των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή και ταξινομούνται ως υπέρβαροι ή παχύσαρκα σύμφωνα με τον δείκτη μάζας σώματος (Υπέρβαροι, $\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg} / \text{m}^2$, Παχύσαρκοι, $\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg} / \text{m}^2$) κυμαίνονται από 46% έως 79% [8].

Αναφορικά με τη διαπίστωση της παρούσας μελέτης ότι το γυναικείο φύλο εμφανίζει σημαντικά υψηλότερο $\Delta\text{ΜΣ}$ συγκριτικά με το ανδρικό, με μέσο όρο $\Delta\text{ΜΣ}$ 31,78% για τις γυναίκες και 27,06% για τους άνδρες φαίνεται να έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες. Στην μελέτη που διεξήχθη στην Ελλάδα [76] βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερο $\Delta\text{ΜΣ}$ από τους άνδρες. Επίσης στην μελέτη των Agustin et al [54] σε ένα δείγμα με 159 ασθενείς, βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να είναι πιο παχύσαρκες από τους άνδρες.

Στην παρούσα μελέτη οι γυναίκες εμφανίζουν ένα λιγότερο υγιεινό διατροφικό προφίλ συγκριτικά με τους άνδρες, χαμηλότερη κατανάλωση φυτικών ινών και υψηλότερη κορεσμένων λιπαρών οξέων, εύρημα το οποίο βρίσκεται σε συμφωνία με τη μελέτη των Agustin et al [54].

Επιπρόσθετα, ο $\Delta\text{ΜΣ}$ με βάση τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετίζεται με την διάρκεια της νόσου και με την αύξηση της ηλικίας [75,21], όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και ο $\Delta\text{ΜΣ}$ ενός ατόμου, κάτι που παρατηρούμαι και στην παρούσα μελέτη, αυτό εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί λόγω της χρόνιας έκθεσης στην αντιψυχωτική φαρμακευτική αγωγή και του μη υγιεινού τρόπου ζωής που ακολουθούν.

Και τέλος, το ποσοστό επιπολασμού του καπνίσματος των ατόμων της παρούσας μελέτης ανέρχεται στο 54,5%, εύρημα το οποίο συμπίπτει με το εύρημα της μελέτης των Li Y et al., [22].

Αναφορικά με το κάπνισμα και το $\Delta\text{ΜΣ}$, τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης έδειξαν ότι οι μη καπνιστές εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερο $\Delta\text{ΜΣ}$ από τους καπνιστές. Στις μελέτες που εξέτασαν το κάπνισμα σε σχέση με τις διατροφικές συνήθειες, βρέθηκε ότι τα άτομα που κάπνιζαν,

ακολουθούσαν χαμηλότερη θερμιδική διατροφή [63] και ήταν πιο πιθανό να καταναλώνουν αλκοόλ, κορεσμένα λίπη και λιγότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών. Αυτό που παρατηρούμαι στην παρούσα μελέτη, είναι οι καπνιστές εμφανίζουν χαμηλότερη κατανάλωση φυτικών ινών σε ποσοστό 52,7% σε σύγκριση με τους μη καπνιστές 43,6%.

Διατροφικές Συνήθειες σε άτομα με ΣΨΝ

Αναφορικά με τα ευρήματα των διατροφικών επιλογών των ατόμων του δείγματος, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος παρουσιάζει χαμηλή κατανάλωση φυτικών ινών σε ποσοστό 96,4% το οποίο βρίσκεται σε απόλυτη συμφωνία με τα ευρήματα προηγούμενων μελετών αλλά ως προς την κατανάλωση ολικών λιπαρών οξέων (κορεσμένων και ακόρεστων) τα ευρήματα διαφέρουν [21,23,54,55].

Οι επιλογές των ατόμων του δείγματος ως προς την κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών διαχέονται και στις 3 κατηγορίες (υψηλή, μέτρια, χαμηλή) με τα αντίστοιχα ποσοστά, το 40% παρουσιάζει υψηλή κατανάλωση, το 30,9% μέτρια κατανάλωση και το 29,1% χαμηλή κατανάλωση. Το εύρημα αυτό δεν συμβαδίζει με τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών. Στην πλειονότητα των μελετών που εξέτασαν τις διατροφικές συνήθειες ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή παρουσίαζαν υψηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων.

Και ως προς την κατανάλωση των ακόρεστων λιπαρών οξέων παρατηρούμε ότι η πλειοψηφία του δείγματος εμφανίζει υψηλή κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών, σε ποσοστό 92,8%. εύρημα που επίσης δεν επιβεβαιώνεται από τα υπάρχοντα ως τώρα ερευνητικά δεδομένα.

Τα κυριότερα λιπίδια που προσλαμβάνονται με τις τροφές είναι τα κορεσμένα, τα πολυακόρεστα και τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Κύριες πηγές κορεσμένων λιπαρών οξέων αποτελούν τα τρόφιμα ζωικής προέλευσης, όπως το βούτυρο, το κόκκινο κρέας και πολλά τυριά. Κύριες πηγές μονο-ακόρεστων λιπαρών οξέων (ελαιικό οξύ, παλμιτολεϊκό οξύ) είναι το ελαιόλαδο. Αναφορικά με το ελαιόλαδο, στη μελέτη Three-City Study, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με τακτική χρήση εμφάνιζαν κατά 41% χαμηλότερο κίνδυνο για σωματική νόσο.[7]

Όσον αφορά τα διαφορετικά ευρήματα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη σε σύγκριση με τα ευρήματα προηγούμενων διεθνών μελετών ως προς την κατανάλωση ολικών λιπαρών οξέων θα μπορούσε να εξηγηθεί με βάση τα ακόλουθα: i) λόγω των διαφορετικών διατροφικών συνηθειών που υπάρχουν από χώρα σε χώρα. ii) Ως τώρα, όπως προαναφέρθηκε με βάση την βιβλιογραφική ανασκόπηση δεν βρέθηκαν ερευνητικά δεδομένα στην Ελλάδα για τις διατροφικές συνήθειες των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή. Η πλειονότητα των μελετών που διεξήχθησαν αφορούσαν κυρίως χώρες της. Ευρώπης (Σκωτία, Γερμανία, Αγγλία), Ιαπωνία, Αυστραλία και ΗΠΑ οι οποίες σε σχέση με την χώρα μας παρουσιάζουν σημαντικές διαφορετικές

διατροφικές συνήθειες. Η Ελλάδα ως χώρα Μεσογειακή, στηρίζει τη διατροφή της κυρίως στην Μεσογειακή διατροφή, η οποία χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ελαιολάδου, λαχανικών, φρούτων, οσπρίων, ψαριού κτλ.

iii) Επίσης ακόμη μια εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί, είναι ότι το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της μελέτης αυτής, το 70,9% δηλαδή, ζει με άλλους (γονείς, σύζυγο, παιδιά) κάτι που πιθανά να συμβάλλει στην πρόσληψη καλύτερης ποιότητας φαγητού καθώς το σπιτικό φαγητό υπερέχει σε θρεπτικά συστατικά από το έτοιμο και γρήγορο φαγητό. Επίσης, να αναφερθεί ότι ακόμα και τα άτομα του δείγματος που ζουν μόνα τους δηλαδή, το 29,1% συχνά εξασφαλίζουν κάποια γεύματα από συσσίτια που παρέχει ο κάθε Δήμος σε οικονομικά ασθενέστερες πληθυσμιακές ομάδες, στις οποίες ανήκουν και τα άτομα του δείγματος μας όπως προαναφέρθηκε.

Επιπρόσθετα ο τόπος διαμονής παίζει καθοριστικό ρόλο αναφορικά με την πρόσληψη λιπαρών οξέων, καθώς η πλειοψηφία του δείγματος ζει σε χωριά και με βάση τις πληροφορίες που μας έδωσαν οι ερωτηθέντες, οι περισσότεροι πρέπει από μόνοι τους να εξασφαλίσουν την παρασκευή του φαγητού τους. Ακόμη, είναι δύσκολη η πρόσβαση τους σε παντοπωλεία και εστιατόρια καθώς στα χωριά της Ηπείρου ο αριθμός αυτών είναι περιορισμένος έως ανύπαρκτος.

Αξιίζει την προσοχή μας να αναφερθούμε στο ότι η παρούσα προκαταρκτική μελέτη, από όσο γνωρίζουμε είναι η πρώτη που μελέτησε τις διατροφικές συνήθειες ατόμων με σχιζοφρένεια που διέμεναν αυτόνομα στην κοινότητα σε περιοχές της υπαίθρου της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Με βάση την διεθνή βιβλιογραφία δεν βρέθηκε κάποια μελέτη η οποία να αφορά σε ασθενείς της κοινότητας από περιοχές της υπαίθρου ώστε τα ευρήματα να μπορούν τεθούν σε ευθεία σύγκριση μεταξύ των πληθυσμών. Η πλειονότητα των μελετών που έχουν ως τώρα διεξαχθεί, μελέτησαν τις διατροφικές συνήθειες ασθενών που διέμεναν κυρίως σε αστικά κέντρα, είτε σε προστατευμένα κέντρα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, είτε νοσηλεύονταν σε Ψυχιατρικές κλινικές [23, 54, 58, 34, 57, 55,56].

Σωματική Νοσηρότητα

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ως προς την επίπτωση της σωματικής νοσηρότητας δείχνουν να μην συμπίπτουν με τα διεθνή ερευνητικά αποτελέσματα. Στην παρούσα μελέτη το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος δεν εμφανίζει κάποιο σωματικό νόσημα σε ποσοστό που ανέρχεται στο 58,2%, το 21,8% εμφανίζει τουλάχιστον μια νοσολογική οντότητα, το 14,5% δύο σωματικά νοσήματα και μόλις το 5,5% πληροί τα κριτήρια για μεταβολικό σύνδρομο. Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, το ποσοστό μεταβολικού συνδρόμου στις Ευρωπαϊκές χώρες κυμαίνεται από 26,6% έως 49,6%, [31] και τα άλλα σωματικά νοσήματα ως εξής, η υπέρταση από 19% έως 58%, ο σακχαρώδης διαβήτης από 10% -15%, και τα λιπίδια από 25% - 69%[7]. Αυτά τα ευρήματα της παρούσας ωστόσο, αφήνουν

ανοιχτό το ενδεχόμενο αναφορικά με την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης να μην γνωρίζουμε για κάποιους αν εμφανίζουν. Αυτό οφείλεται κυρίως στην αρνητική συμπτωματολογία και στα γνωστικά ελλείμματα της νόσου που είναι κυρίαρχα στους χρόνιους ασθενείς, παρεμποδίζοντας τους να ασχοληθούν με την σωματική τους υγεία και να έρθουν σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας της ΠΦΥ για προληπτικό έλεγχο[27]. Όπως προαναφέρθηκε η καταγραφή των νοσημάτων των συμμετεχόντων έγινε βάσει της επίσημης διάγνωσης τους που έχει τεθεί από τους ιατρούς της ΠΦΥ και το φαρμακευτικό σκεύασμα το οποίο λάμβαναν για κάθε νόσημα. Επίσης για την κατηγορία της σωματικής νοσηρότητας δεν έγινε καμία στατιστική ανάλυση λόγω του μικρού αριθμού του ποσοστού της κατηγορίας του Μεταβολικού Συνδρόμου με μόλις 5,5%.

Ωστόσο, η συνεχής παρότρυνση των ασθενών τόσο από τους θεράποντες ψυχίατρους όσο και από τους ιατρούς της ΠΦΥ, για τακτική παρακολούθηση όλων των παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου, πιθανά να συνέβαλε στην έγκαιρη ανίχνευση και διαχείριση αυτών των μεταβολικών διαταραχών.

Επίσης, μια άλλη οπτική, σε αυτά τα χαμηλά ποσοστά σωματικής νοσηρότητας που παρατηρούνται στον πληθυσμό της παρούσας μελέτης, θα μπορούσε να αποδοθεί στην υψηλή κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών (ελαιόλαδου) που εμφανίζει η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος. Όπως προαναφέρθηκε η υψηλή κατανάλωση ελαιόλαδου σχετίζεται με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 41% [77]. Η κατανάλωση του ελαιόλαδου έχει ευρέως μελετηθεί, συγκεκριμένα στη μελέτη που διεξήχθη στην Ισπανία [78] με 7.216 συμμετέχοντες, ηλικίας 55 έως 80 ετών, οι οποίοι εμφάνιζαν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο, βρέθηκε λοιπόν, ότι η κατανάλωση του ελαιόλαδου, ειδικά του έξτρα παρθένου, σχετίστηκε με ένα σημαντικά μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων και θνησιμότητας. Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι για κάθε 10 γραμμάρια ημερήσιας κατανάλωσης ελαιόλαδου, σημειώνεται μείωση για καρδιαγγειακή θνησιμότητα κατά 16%.

Περιορισμοί της μελέτης

Οριοθετώντας την έρευνα θα πρέπει να αναφερθούν οι παράμετροι οι οποίες περιορίζουν την γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Η κύρια παράμετρος που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη είναι, ότι η μέθοδος για την συλλογή των δεδομένων ήταν αυτοαναφερόμενη. Το να χρησιμοποιείς αυτοαναφορές καθιστά την μέθοδό επιρρεπή τόσο σε συστηματικά όσο και σε τυχαία σφάλματα. Οι ασθενείς μπορεί να κάνουν λάθη στην αναφορά ή συχνά να υποαναφέρουν τα τρόφιμα που καταναλώνουν.

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική και δεν επιτρέπει να συμπεράνουμε αιτιώδεις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών πέραν του δείγματος. Διαχρονικές μελέτες θα παρείχαν σημαντικές

πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με την συμβολή των διατροφικών συνηθειών στην εμφάνιση παχυσαρκίας και μεταβολικών διαταραχών σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή.

Ένας επιπλέον περιορισμός είναι ότι το δείγμα ήταν μικρό και δεν υπήρξε ομάδα ελέγχου. Επίσης, δεν υπήρξαν επαναληπτικές μετρήσεις εγκυρότητας των απαντήσεων σε αυτόν τον πληθυσμό.

Μια πηγή απειλής στην εσωτερική εγκυρότητα της μελέτης αποτελεί η επιλογή του δείγματος, ότι τα άτομα δεν επιλέχθηκαν τυχαία όπως περιγράφηκε. Σε αντίθεση με την τυχαία δειγματοληψία τα υποκείμενα της έρευνας προέρχονταν από μια συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή, κάτι που αυτομάτως περιορίζει τη γενίκευση των ερευνητικών αποτελεσμάτων. Ιδανικό θα ήταν να προβούμε σε μια τυχαία δειγματοληψία σε μια μεταγενέστερη μελέτη από τους ερωτηθέντες σε ολόκληρο τον πληθυσμό-στόχο.

Συμπεράσματα

Στην παρούσα μελέτη καταγράφηκαν οι διατροφικές συνήθειες και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας και της σωματικής νοσηρότητας των ατόμων με σοβαρή ψυχική νόσο τα οποία ζουν μόνιμα σε περιοχές της υπαίθρου των νομών Ιωαννίνων και Θεσπρωτίας.

Από τα ευρήματα της μελέτης προκύπτουν συμπεράσματα, τα οποία μπορούν να αξιοποιηθούν, συμβάλλοντας στην καλύτερη αντιμετώπιση των παραγόντων που επιδρούν στην ανάπτυξη παχυσαρκίας και στην εμφάνιση μεταβολικών διαταραχών.

Τα άτομα της παρούσας μελέτης εμφανίζουν υψηλά ποσοστά υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας, χαμηλότερα ποσοστά σωματικής νοσηρότητας και πολύ χαμηλά ποσοστά μεταβολικού συνδρόμου.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων αυτών εμφανίζουν μια διατροφή χαμηλή σε φυτικές ίνες, μέτρια σε κορεσμένα αλλά πλούσια σε ακόρεστα λιπαρά.

Ενδιαφέρον έχει να αναφέρουμε πως με βάση την στατιστική ανάλυση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των διατροφικών συνηθειών και του επιπολασμού της παχυσαρκίας.

Το γυναικείο φύλο εμφανίζει στατιστικά σημαντικά υψηλότερο Δείκτη Μάζας Σώματος συγκριτικά με το ανδρικό.

Τα άτομα που καπνίζουν τείνουν να εμφανίζουν ένα λιγότερο υγιεινό διατροφικό προφίλ συγκριτικά με του μη καπνίζοντες .

Και η Ποιότητα Ζωής του μεγαλύτερου ποσοστού του δείγματος βρίσκεται εντός των αποδεκτών ορίων.

Τα τελευταία χρόνια, οι διατροφικοί παράγοντες έχουν αποτελέσει αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας. Υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για την συμμετοχή τους στην προστατευτική επίδραση έναντι των σωματικών νοσημάτων και της παχυσαρκίας. Συνεπώς, η ενθάρρυνση των ατόμων που πάσχουν

από ψυχωτική συνδρομή για υιοθέτηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, όπως η αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, αποτελούν ουσιαστικά βήματα.

Επίσης, η συνεργασία των ψυχιάτρων με επαγγελματίες ψυχικής υγείας και με άλλες ειδικότητες μπορεί να συμβάλλει στην έγκαιρη ανίχνευση και αντιμετώπιση των σωματικών νοσημάτων των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική διαταραχή, παρέχοντας πολυεπίπεδη φροντίδα της σωματικής υγείας των ατόμων αυτών προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά εμφάνισης της σωματικής νοσηρότητας.

Τα άτομα που ζουν μόνιμα σε περιοχές της ελληνικής υπαίθρου, τείνουν να βρίσκονται σε μειονεκτικότερη θέση εν συγκρίσει με εκείνα των αστικών κέντρων, ως προς την πρόσβαση τους σε εξειδικευμένες υπηρεσίες υγείας και την συμπερίληψη τους πιθανά σε εκπαιδευτικά προγράμματα παρέμβασης διατροφής και σωματικής άσκησης, προκειμένου να μειωθούν τα ποσοστά σωματικής νοσηρότητας και παχυσαρκίας που εμφανίζουν.

Συνοψίζοντας, η παρούσα μελέτη, μια από τις πρώτες στην Ελλάδα που διερευνά το θέμα της σωματικής νοσηρότητας και των διατροφικών συνηθειών των ατόμων που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή, παρέχει μια βάση για περαιτέρω έρευνα.

Βιβλιογραφία

1. Brown S, Inskip H, Barracough B, Causes of the excess mortality of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2000 177:212-217.
- 2 Saha S, Chant D, McGrath , A systematic review of mortality in schizophrenia : is the differential mortality gap, worsening over time? *Arch. Gen Psychiatry*,2007, 64, 1123-1131.
3. Azad MC , Shoesmith WD, Alamun M, Abdullah AF, Naing DK, Phanindranath M, Turin C, Cardiovascular disease among patient with schizophrenia, *Asia J Psychiatr*, 2016,19:28-36.
4. Ringen P, Engh J, Birkenaes A, Dieseti I, Andreassen A, Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease: a non systematic review of epidemiology possible causes and interventions *Front. Psychiatry*, 2014, 5: 1-11.
6. Hennekens C, Increasing global burden of cardiovascular disease in general populations and patients with schizophrenia, *J Clin Psychiatry*, 2007, 150:1115-1121.
- 7.Ventriglio A, Gentile A, Stella E, Bellomo A, Metabolic issues in patients affected by schizophrenia: clinical characteristics and medical management. *Front Neurosc*, 2015, (9):1-7.
- 8.Bradshaw T, Mairs H, Obesity and Serious Mental Ill Health: A Critical Review of the Literature, *Healthcare*, 2014, 2:166-182.
9. Strassnig M Brar, Ganguli R, Health-related quality of life, adiposity, and sedentary behavior in patients with early schizophrenia: preliminary study, *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*,2012;5 389–394
10. Dipasquale S, Pariente, P. Dazzan, E. Agugli,P.McCuire,V.Mondeli.,2012.The dietary pattern of patients with schizophrenia: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research* 47,197-207.
11. Esan O, Prevalence of schizophrenia :recent developments, *Afr J Psychiatry*,2013,16 : 91-93.
- 12.Mc Grath and Susser S, New directions in the epidemiology of schizophrenia, *Med Journal of Australia*, 2009,190(4):7.
- 13.Jakobsen KD, Reliability of clinical ICD-10 in schizophrenia and bipolar disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2008,59(3):209-212
- 14.Green MF, Cognitive impairment and functional outcome in schizophrenia and bipolar disorder, *Journal of clinical Psychiatry* 2006, 67(9):3-8.
- 15.Fagiolini A, Gorracci A, The effects of undertreated chronic medical illnesses in patients with severe mental disorders. *J Clin Psychiatry*,2009 70(3):22-29.
- 16.De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Eyck VD, Hanssens L, Sinko S et al. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first episode patients with schizophrenia: A retrospective chart review. *Schizophr Res*. 2008;101:295-303.
- 17.Meyer J, Henry A. Narsrallah , *Medical Illness and Schizophrenia*, second edition, American Psychiatric Publishing, USA , 2009.

18. Lopuszanska UJ, Skorzynska-Dziduszko K, Zatwarnicka KL, Studzinska MM, Mental illness and metabolic syndrome – a literature review, *Annals of Agricultural and Environmental Medicine* , 2014, 21 (4): 815–821.
19. Μπιλανάκης Ν, Αποστόλου Γ, 2006 Επικράτηση της ηπατίτιδας C σε ασθενείς Ψυχιατρικής Γενικού Νοσοκομείου, *Ψυχιατρική*, 17:43-48
20. WHO, Physical status : The use and interpretation of anthropometry. Report of WHO expert committee. WHO technical Report 854, Geneva: WHO,1995
21. Mc Elroy, Obesity in patients with severe mental illness : overview and management . *J Clin Psychiatry* 2009, 70(3): 12-21.
- 22.Li Y, Hou C, Ma X, Zang Y, Jia F,Zhong B, Lin Y et al., 2016, Smoking and its associations with sociodemographic and clinical characteristics and quality of life in patients with schizophrenia treated in primary care in China *General Hospital Psychiatry* 38 (2016) 79–83.
- 23.McCreadie RG, Diet smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study, *British Journal of Psychiatry*, 2003, 183 pp. 534–539.
- 24.Leposavic L, Dimitrijevic D, Dordevic S, Leposavic I, Balkoski GN, Comorbidity of harmful use of alcohol in population of schizophrenic patients. *Psychiatr Danb*.2015,27(1):84-9.
25. Buckley P. and Meyer J ,2009,Substance abuse and schizophrenia In: Meyer J, Narsralla H,(eds)Medical illness and schizophrenia2nd ed. American Psychiatric Publishing, Washington, pp 275-302.
26. Singh S,Pal S, Balhara S, 2016, A review of Indian Research on Co-occurring Psychiatric Disorders and alcohol use disorders, *Indian J Med* , 38(1): 10-19.
27. Lambert T, Velakoulis D, Pantelis C, Medical morbidity in schizophrenia. *Med J Aust* 2003, 178 : 67-70
- 28.Druss B, Improving medical care for persons with serious mental illness: challenges and solutions. *J.Clin Psychiatry*, 2007, (14):40-44.
29. Morden N, Mistler L, Weeks W, Bartels S, 2009,Health care for patients with serious mental illness: family medicine 's role, *JAm Board Fam Med*:22:187-195
30. Padmanabhan JL, Schizophrenia, *Encyclopedia of mental health*, 2016 (4):55-65.
31. Mitchell A, Vancampfort D, Sweers K, Winkel R, Yu W, de Hert M, Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders-A systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Bull.* 2013, 39 :306–318.
32. Correl CU, Schenk EM.,2008, Tardive dyskinesia and new antipsychotics. *Curr Poin Psychiatry* 21:151-156.

33. Blouin M, Tremblay A , Jalbert M, Venables H, Bouchard RH, Roy MA, Almeras N, 2008, Adiposity and Eating Behaviors in Patients Under Second Generation Antipsychotics, Obesity a research journal,16(8): 1780–1787.
34. Archie S, Goldbergh O, Landen J, McColl L, Mc Niven J, 2007, Psychotic Disorders, Eating Habits, and Physical Activity: Who Is Ready for Lifestyle Changes? Psychiatric Services (58) 2: 233-239
35. Murashitaa, M, Kusumia I, Inouea T, Takahashia Y, Hosodab H, Kangawab K, Koyamaa T, Olanzapine increases plasma ghrelin level in patients with schizophrenia. Psychoneuroendocrinology, 2005, 30 :106–110.
36. Gupta S, Steinmeyer C, Frank B , Madhunsoodanan S, Lockwood K, Lentz B, Keller P , Hyperglycemia and hypertriglyceridemia in real world patients on antipsychotic therapy, Am J Ther ,2003,10(5):348-55 .
37. Kumar H, Gupta R, Dogra S, Kumar R J, 2014, Metabolic syndrome in schizophrenia: how much is attributable to drug treatment? International Journal of Research in Medical Sciences 2(2):569-574.
38. Rojo E. Leonel, Gaspar A. Pablo, Silva H., Risco L., Arena P., Cubilos-Robles Karen, Jara Belen, 2015, Metabolic syndrome and obesity among users of second generation antipsychotics :A global challenge for modern psychopharmacology. Pharmacological research 101, 74-85.
39. Bushe J Leonard B., Blood glucose and schizophrenia: a systematic review of prospective randomized clinical trials. J Clin Psychiatry. 2007;68(11):1682-90.
40. Diabetes Association , American Psychiatry Association, American Association of clinical Endocrinologists et al., Consensus development conference on atypical antipsychotics and obesity and diabetes. Diabetes Care, 2004, 27: 596-601.
41. Malhotra A, Lencz T, Correll C, Kane J Genomics and the future of pharmacotherapy in psychiatry .Int Rev Psychiatry,2007;19:523-530.
42. Alison D, Newcomer J, Dunn A Obesity among those with mental disorders, A national Institute of mental health meeting report. Am J Prev Med 2009, 36: 341-350 .
43. Faulkner G, Cohn T, Remington G, Interventions to reduce weight gain in schizophrenia, 2007 Schizophr Bull33(3): 654–656.
44. Skouroliaiou M, Giannopoulou I, Kostara C, Hannon J, 2009, Effects of nutritional intervention on body weight and body composition of obese psychiatric patients taking olanzapine, J Nutrition, 25(7-8): 729-735.
45. Naslund J, Aschbreneer K, Scherer E, Lifestyle Intervention for people with severe obesity and serious mental illness, Am J Med, 2016, 50(2):143-145.
46. Λεγάκης Ι. και Συρίγος Κ. ,Μεταβολικό σύνδρομο και καρκινογένεση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2010, 27(4):622-634.

47. Alberti KG, Zimment P, Shaw J, Metabolic Syndrome -a new world wide definition, A consensus statement from international Diabetes Federation, *Diab. Med*, 2006,23(5):469-480.
48. Papanastasiou E, The prevalence and mechanisms of metabolic syndrome in schizophrenia: a review, *Ther Adv Psychopharmacol*, 2013, 3(1) :33 –51.
49. Mainar A, Maurino J, Beato E, Artieda R, 2014, Prevalence of metabolic syndrome according to the presence of negative symptoms in patients with schizophrenia, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11:51-57.
50. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort V, Van Winkel R, 2009, Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review, 8(1):15-22.
51. Malhotra N, Kulhara P, Chakrabarti S, Grover S, Lifestyle related factors and impact of metabolic syndrome on quality of life, level of functioning and self-esteem in patients with bipolar disorder & schizophrenia, *Indian J Med Res*, 2016, 143(4): 434–442.
52. Strassnig M, Brar, Ganguli R, Health-related quality of life, adiposity, and sedentary behavior in patients with early schizophrenia: preliminary study, *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 2012 :5 389–394.
53. Agustin J, Munoz S, Fortea M, Salorio P, Juana I, Gomez G, Bautista SS, Balanza S, , Dietary habits of patients with schizophrenia: A self-reported questionnaire survey, *International J of Mental Health Nursing*, 2012, 21(3) :220–228.
53. Strassnig M, Brar JS, Ganguli R, Nutritional Assessment of Patients With Schizophrenia: A Preliminary Study, 2003, *Schizophrenia Bulletin*, 2003, 29(2):393-397.
54. Henderson DC, Borba CP, Daley TB, Dietary intake profile of patient with schizophrenia, *Ann Clin Psychiatry*, 2006, 18: 99-105.
55. Hepgul N, Pariante C, Dipasquale S, Diforti M, Taylor H, Marques T, Morgan M, Dazzan P, Murray R, Modelli V, Childhood trauma is associated with increased Body Mass Index and increased C-reactive protein levels in first-episode psychosis patients, *Psychol Med*. September, , 2012 42(9): 1893–1901.
56. Nunes D, Eskinazi B, Camboim Rockett F, Delgado VB, Schweigert D, Nutritional status, food intake and cardiovascular disease risk in individuals with schizophrenia in southern Brazil: a case-control study, *Rev Psiquiatr salud Ment*, 2014, 7(2):72-79.
57. Roick C, Fritz-Wieacker A, Matschinger H, et al. (2007) Health habits of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 42: 268–276.
58. McCreadie RG, Scottish Schizophrenia Lifestyle Group Diet, smoking and cardiovascular risk in people with schizophrenia: descriptive study. *Br J Psychiatry*, 2003, (183):534–539.

59. Ratliff J, Palmese L, Reutenauer E, Liskov E, Grilo C, Tek C, The effect of dietary and physical activity pattern on metabolic profile in individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. *Compr Psychiatry*, 2012, 53(7): 1028–1033.
60. Ellingrod V, Pharm D, Taylor S, Brook R, Evans J, Zollner S, Grove T, Gardner K, Michael , Busui R, Dalack G, Dietary, Lifestyle and Pharmacogenetic Factors Associated with Arteriole Endothelial Dependent Vasodilatation In Schizophrenia Patients Treated with Atypical Antipsychotics (AAPs), *Schizophr Res* ,2011,130(1-3): 20–26.
- 61.Bobes J, Arango C, Garcia M, Rejas J, Healthy lifestyle habits and 10-year cardiovascular risk in schizophrenia spectrum disorders: An analysis of the impact of smoking tobacco in the CLAMORS schizophrenia cohort, *Schizophrenia research*, 2010, 119 (1-3): 101-109.
- 62.Tsuruga K, Sugawara N, Sato Y, Saito M, Furukori H, Nakagami T, Nakamura K, Takahashi I, Nakaji S, Yasui-Furukori N, Dietary patterns and schizophrenia: a comparison with healthy controls. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2015, 11:1115–1120.
63. Heald A, Sein K, Anderson S, Pendlebury J, Guy M, Narayan G, Haddad P, Livingston M, 2015, Diet exercise and the metabolic syndrome in schizophrenia: A cross-sectional study, *Schizophrenia Research* 169 : 494-495.
64. Hahn L, Galletly C, Foley D, Mackinnon A, Watts G, D Castlelo D, Waterreusand A, Morgan V, Inadequate fruit and vegetable intake in people with psychosis, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*,2014, 48(11):1025–1035.
65. Arango C, Bobes J, Aranda P, Carmena R, Garcia M, Rejas J, A comparison of schizophrenia outpatients treated with antipsychotics with and without metabolic syndrome: findings from the GLAMORS study, *Schizophrenia Research*, 2008, 104:1-12.
66. Πολάκη Ο, Σκαπινάκης Π, Νάκας Δ, Η σχέση των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων με τις ψυχικές διαταραχές, *Αρχεία Ελληνικής ιατρικής*, 2007, 24(3),224-231.
- 67.Manuck S.B. Manuck, J.E. Phillips, P.J. Gianaros, J.D. Flory, M.F,Subjective socioeconomic status and presence of the metabolic syndrome in midlife community volunteers, *Psychosomatic Medicine*, 2010, 72 pp. 35–45.
68. Περιογιάννης Β, Μανθοπούλου Θ, Γιώτη Π, Μαυρέας Β, Η εξαιτής πορεία της Κινητής Μονάδας Ψυχικής Υγείας Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας , *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 2013, 9(2):85-91.
- 69.Peritogiannis V, Tatsioni A, Menti N et al. Treatment engagement of psychotic patients with a mobile mental health unit in rural areas in Greece: a five-year study. *Schizophr Res Treatment*, 2013 , 67: 458–459.
- 70.Peritogiannis V, Mantas C, Tatsioni A, Mavreas V, 2013,Rates of First Episode of Psychosis in a Defined Catchment Area in Greece, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 251-254

71. Treuer, T., Hoffmann, V.P., Chen, A.K., Irimia, V., Ocampo, M., Wang, G., Factors associated with weight gain during olanzapine treatment in patients with schizophrenia or bipolar disorder: results from a six-month prospective, multinational, observational study. *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, 2009, 10:729–740
72. Kurko T, Saastamoinen L, Tahkaapa S, Tuulio-Henriksson A, Taiminen T, Tiihonen J, Airaksinen M, Hietala J, Long-term use of benzodiazepines: Definitions, prevalence and usage patterns- a systematic review of register-based studies, *European Psychiatry*, 2015, 30:1037-1047.
73. Roe L, Strong C, Whiteside C, Neil A, Mant D, , Dietary intervention in primary care: validity of the DINE method for diet assessment, *Fam Pract.* 1994 , 11(4):375-81
74. Charalampakis V, Daskalakis , Bertsias G, Papadakis J, Melissas J, Validation of the Greek Translation of the Obesity-Specific Moorehead–Ardelt Quality-of-Life Questionnaire II, *OBES SURG* ,2012, 22:690–696.
75. Osborn, D.P, Nazareth, I, King, M.B., Physical activity, dietary habits and Coronary Heart Disease risk factor knowledge amongst people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2007, 42:787–793.
76. Fountoulakis K, Siamouli M, Panagiotidis P, Magiria S, Kantartzis S et al., Obesity and smoking in patients with schizophrenia and normal controls: A case-control study, *Psychiatry Res*, 2010; 176(1): 13-16.
77. Μισιρλή Γ, Μπενέτου Β, Λάγιου Π, Η διατροφή στο πλαίσιο των παρογόντων κινδύνου για αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, *Αρχεία Ελληνικής Ψυχιατρικής*, 2015; 32(1): 16-27.
78. Guasch-Ferre M, Hu FB, Martinez- Gonzalez M, Fito M, Bullo M, Estruch et al., Olive oil intake and risk of cardiovascular disease and mortality in the PREDIMED Study. *BMC Med*, 2014, 13:12:78

Παράρτημα 1. Έντυπο συγκατάθεσης των συμμετεχόντων.

Έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης

Τίτλος πρωτοκόλλου: "Διατροφικές συνήθειες και παχυσαρκία σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχωτική συνδρομή και ζουν σε περιοχές της υπαίθρου των Νομών Ιωαννίνων-Θεσπρωτίας"

Σας ζητείται να συμμετέχετε σε αυτή την μη παρεμβατική μελέτη, η οποία έχει εξεταστεί και εγκριθεί από το Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας και την Εταιρεία Προαγωγής Ψυχικής Υγείας Ηπείρου. Δεν υπάρχουν ιατρικοί κίνδυνοι σε σχέση με τη μελέτη.

Από εσάς εξαρτάται να αποφασίσετε αν θα δώσετε τη συγκατάθεση σας για τη συλλογή δεδομένων που σας αφορούν στο πλαίσιο της μελέτης. Αν αποφασίσετε να μην δώσετε τη συγκατάθεση σας ή να την ανακαλέσετε κάποια στιγμή αργότερα, αυτό δεν θα έχει καμία απολύτως επίπτωση στην ποιότητα της θεραπείας ή της ιατρικής φροντίδας που θα λάβετε.

Θα καταγραφούν πληροφορίες σχετικές με το ιατρικό σας ιστορικό και τις διατροφικές σας συνήθειες, ενώ θα σας ζητηθεί να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο DINE: Dietary Instrument for Nutrition Education και την Κλίμακα Αυτοεκτίμησης. Όλες οι πληροφορίες προορίζονται μόνο για ερευνητική και κλινική χρήση και παραμένουν εμπιστευτικές. Η ταυτότητα σας θα τηρηθεί απόρρητη εφόσον ανακοινωθούν τα αποτελέσματα της μελέτης.

Συγκατάθεση συμμετοχής

- Διάβασα το παρόν έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης και καταλαβαίνω τι θα μου ζητηθεί.
- Καταλαβαίνω πως εξαρτάται από εμένα να αποφασίσω αν θα λάβω ή όχι μέρος στη μελέτη, καθώς και ότι μπορώ να αλλάξω γνώμη αργότερα.
- Καταλαβαίνω πως ότι και να αποφασίσω δεν θα επηρεαστεί η ιατρική μου φροντίδα, ούτε τα νόμιμα δικαιώματά μου.
- Εθελοντικά συμφωνώ να λάβω μέρος σε αυτή τη μελέτη.

Ονοματεπώνυμο:

Υπογραφή:


Ημερομηνία και τόπος:

Παράρτημα 2 . Ερωτηματολόγιο Ποιότητας Ζωής - Moorehead-Ardelt.

MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
SELF ESTEEM, AND ACTIVITY LEVELS


Please make a check in the box provided to show your answer.

1. Usually I Feel...


☐ ☐ ☐


Very Badly About
Myself

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐



☐ ☐

Very Good About
Myself

2. I Enjoy Physical Activities...



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Not At All



☐ ☐

Very Much

3. I Have Satisfactory Social Contacts...



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

None



☐ ☐

Very Many

4. I Am Able to Work...



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Not At All



☐ ☐

Very Much

5. The Pleasure I get Out Of Sex Is...



☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Not At All



☐ ☐

Very Much

6. The Way I Approach Food Is...


☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

I Live to Eat


☐ ☐

I Eat to Live

Melodie K. Moorehead, Ph. D., Bariatric Surgery Clinical Psychologist, 1201 E. Broward Blvd., Ft. Lauderdale, FL 33301.
 Elizabeth Ardel, Ph. D., Institute for Psychologic, Universität Salzburg
 MOOREHEAD - ARDELT QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE
 SELF ESTEEM AND ACTIVITY LEVELS
 Copyright 1997 M.K. MOOREHEAD, Ph.D. 0540-524-5244

Παράρτημα 3. Ερωτηματολόγιο DINE

DINE: Dietary Instrument for Nutrition Education

Ονοματεπώνυμο :

Βάρος:

Ύψος :

1. Πόσες φέτες την ημέρα τρώτε από τα ακόλουθα είδη ψωμιού, ή τσιαπάτα; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή).

Ψωμί	Καμία	Λιγότερο από 1 την μέρα	1 με 2 την μέρα	3 με 4 την μέρα	5 και πάνω την μέρα
Άσπρο ψωμί	0	1	4	9	13
Μαύρο ψωμί	0	2	7	15	22
Ολικής ψωμί	0	3	8	18	26

2. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα είδη δημητριακών για πρωινό ή κουάκερ; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

Δημητριακά	Καμία	Λιγότερο από 1 την εβδομάδα	1 με 2 την εβδομάδα	3 με 4 την εβδομάδα	5 και πάνω την εβδομάδα
Τύπο ζάχαρης: Frosties, Coco Pops, τύπου Corn: Corn Flakes, ρύζι Krispies, Special K	0	0	0	1	2
Κουάκερ-Βρώμη, Σιτάρι: Κομμένο Σιτάρι, Έναρξη, Weetabix, Muesli	0	1	2	2	7
Πίτουρο: All-Bran	0	2	5	12	18

3. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα τρόφιμα; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

	Καμία	Λιγότερο από 1 εβδομάδα	1 με 2 την εβδομάδα	3 έως 5 την εβδομάδα	6 έως 7 την εβδομάδα	8 έως 11 την εβδομάδα	12 ή περισσότερες φορές την εβδομάδα
Ζυμαρικά ή ρύζι	0	0	1	3	4	6	8
Πατάτες	0	0	1	3	5	8	10
Αρακά	1	1	3	8	12	16	24
Φασόλια ή φακές	1	1	4	10	15	20	30
Άλλα λαχανικά	0	0	1	2	3	5	6
Φρούτα	0	0	1	3	5	8	10
Αξιολόγηση Φυτικών Ινών Βαθμολογία από 30 έως 40 = Μέτρια Περισσότερα από 40 = Υψηλή πρόσληψη							
Λιγότερο από 30 = Χαμηλή πρόσληψη Φυτικών ινών							

4. Πόσες μερίδες την εβδομάδα τρώτε από τα ακόλουθα τρόφιμα; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

	Καμία	Λιγότερο από 1 εβδομάδα	1 με 2 την εβδομάδα	3 έως 5 την εβδομάδα	6 ή περισσότερα την εβδομάδα
Τυρί (οποιαδήποτε εκτός cottage)	1	1	2	6	9
Μπιφτέκια ή λουκάνικα	1	1	2	4	6
Μοσχάρι, χοιρινό, αρνί ή (για χορτοφάγους: ξηροί καρποί)	1	1	2	6	9
Μπέικον, κρεατόπιτα, αλλαντικά	1	1	2	5	8
Κοτόπουλο ή γαλοπούλα	0	0	1	3	5
Ψάρι	0	0	0	1	2
ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ τηγανητά τρόφιμα: τηγανητά ψάρια, τα τσιπ, μαγειρεμένο πρωινό	1	1	2	6	9
Κέικ, γλυκά, κρουασάν	1	1	2	5	8
Μπισκότα, σοκολάτες, ή πατατάκια	1	1	2	4	6

5. Πόσο από τους ακόλουθους τύπους γάλακτος χρησιμοποιείτε κάθε μέρα, για παράδειγμα, στα δημητριακά, τσάι ή καφέ; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

Γάλα	Καμία	Λιγότερο από 150ml	Περίπου 150ml	Περίπου 300ml	600ml ή και περισσότερο
Πλήρες γάλα	0	1	3	6	12
Ημι-αποβουτυρωμένο	0	0	1	3	6
Αποβουτυρωμένο	0	0	0	0	0

6. Πόσα κουταλάκια του γλυκού την ημέρα χρησιμοποιείτε συνήθως από τα ακόλουθα είδη των spreads, για παράδειγμα σε ψωμί, σάντουιτς, τوست, πατάτες ή λαχανικά; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

Spreads	Καμία	1	2	3	4	5	6	7 και περισσότερα
Μαργαρίνη, βούτυρο ή ηλιέλαιο, μαργαρίνη με λάδι	0	4	8	12	16	20	24	28
Με Χαμηλά λιπαρά: όπως Flora light, βούτυρο light, Flora Pro-activ κ.α	0	2	4	6	8	10	12	14

Αξιολόγηση πρόσληψης λίπους

Λιγότερο από 30 = Χαμηλή

Βαθμολογία από 30 έως 40 = Μέτρια

Περισσότερο από το 40 = Υψηλή

Σύνολο

7. Τι είδους λίπος χρησιμοποιείτε συνήθως ; (Επιλέξτε μία απάντηση σε κάθε γραμμή)

	Βούτυρο	Μαργαρίνη	Μαργαρίνη με χαμηλά λιπαρά	Ελαιόλαδο
Στο ψωμί και στα λαχανικά	1	2	3	4
Για το τηγάνισμα	1	2	3	4
Για το ψήσιμο ή το μαγείρεμα	1	2	3	4

Αξιολόγηση Ακόρεστων λιπαρών Λιγότερο από 6 = Χαμηλή
6 έως 9 = Μεσαία
Περισσότεροι από 9 = Υψηλή

Σύνολο